

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XVIII

10

OCTUBRE

1950

Presidente:

DR. LUIS CARRILLO AZCARATE.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR



SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-benzen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCIAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5. a 10. g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

PARA ASEGURAR *Mayor*
RELAJACION MUSCULAR



TUCURIN Abbott ha resultado ser un coadyuvante valioso para la anestesia general en numerosas intervenciones quirúrgicas que requieren máxima relajación muscular.

Su uso en unión con Pentothal Sódico, ciclopropano óxido nitroso o éter permite mantener al paciente en anestesia quirúrgica ligera y reduce al mismo tiempo el tono de la musculatura esquelética.

Con el uso de TUCURIN puede obtenerse la relajación descada sin producir depresión profunda de la función respiratoria, ya que no es necesario aumentar el anestésico empleado, sino que por el contrario se disminuye la dosis de éste.

TUCURIN es un alcaloide puro, cristalino, extraído de curare, y tiene el efecto típico del curare sobre la musculatura esquelética. TUCURIN se suministra en envases de 10 cc.

TUCURIN

(Cloruro de d-Tubocurarina, Abbott)

ABBOTT LABORATORIES DE MEXICO, S. A.

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-benzen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCIAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5. a 10. g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

PARA ASEGURAR *Mayor*
RELAJACION MUSCULAR



TUCURIN Abbott ha resultado ser un coadyuvante valioso para la anestesia general en numerosas intervenciones quirúrgicas que requieren máxima relajación muscular.

Su uso en unión con Pentothal Sódico, ciclopropano óxido nitroso o éter permite mantener al paciente en anestesia quirúrgica ligera y reduce al mismo tiempo el tono de la musculatura esquelética.

Con el uso de TUCURIN puede obtenerse la relajación descada sin producir depresión profunda de la función respiratoria, ya que no es necesario aumentar el anestésico empleado, sino que por el contrario se disminuye la dosis de éste.

TUCURIN es un alcaloide puro, cristalino, extraído de curare, y tiene el efecto típico del curare sobre la musculatura esquelética. TUCURIN se suministra en envases de 10 cc.

TUCURIN

(Cloruro de d-Tubocurarina, Abbott)

ABBOTT LABORATORIES DE MEXICO, S. A.



LOS CATEDRATICOS **Forhan's** LA PREGUNTA DE LA SEMANA

PREGUNTA PREMIADA (Srita. M. Herrera Sierra):-
¿Por qué la Plaza Mayor de la Ciudad de México se llama
también Plaza de la Constitución?

RESPUESTA:- Las Cortes Españolas que decretaron la
Constitución de 1813, dispusieron que llevase ese nombre.

CUIDE SUS ENCIAS.

No hay dientes sanos sin encías firmes: ¡Vigorice sus encías! Cepille
sus dientes y dé masaje diariamente a sus encías con FORHAN'S

Si contrae la piorrea, visite a su dentista inmediatamente.

Forhan's

PARA LAS ENCIAS



SALICILATO DE SODIO "MYN"

La actual técnica de administración del Salicilato de Sodio a altas dosis en el
tratamiento del reumatismo poliarticular agudo y de las endocarditis reumatismales
evolutivas, hacen del SALICILATO DE SODIO "MYN" un producto de elección,
ya que al aplicarse por vía intravenosa se obtiene un nivel sanguíneo muy alto.

FORMULA:

Cada ampula de 10 cm³. contiene:

Salicilato de Sodio	1.00 g.
Agua bidestilada c. b. para	10 cm ³ .

DOSIS: En inyección intravenosa puede aplicarse, según el criterio del médico,
dos ampolletas en la mañana y dos ampolletas en la tarde, de modo de obtener re-
sultados más rápidos.

La vía intravenosa suple en gran parte la administración del Salicilato de So-
dio por la vía oral, evitando la acción del medicamento sobre la mucosa gástrica.

Dada la concentración de la Solución del Salicilato de Sodio MYN, al 10%,
éste no causa esclerosis en las venas de aplicación.

Reg. No. 8567, S. S. A.

Prop. No. A-1061/50.

LABORATORIOS "MYN" S. A.

Av. Coyoacán No. 1707.

México 12, D. F.

PROPAGANDA EXCLUSIVA PARA REVISTAS CIENTIFICAS

Insuficiencia biliar

Las molestias o peligros causadas por la insuficiencia biliar ya sea de origen hepático o vesicular, disminuyen considerablemente con el empleo de sales biliares tal como se combinan en

VERACOLATE

REG. 17405 S.S.A.

PROP. B-1

Hemorroides

Sin necesidad de recurrir a analgésicos, estípticos o anestésicos, Anusol (Supositorios y Ungüento) disminuye la inflamación anorrectal y proporciona alivio, sin disimular solamente los síntomas.

ANUSOL

REG. 5141 S.S.A.

PROP. B-1

En la úlcera

representa una mejora radical en la terapéutica por alúmina, pues evita que aparezca el estreñimiento concomitante.

GELUSIL

REGISTROS 26714 Y 26511 S.S.A.

PROP. P.F. 50

Con gusto se enviarán muestras de
estos preparados para ensayos clínicos
a los médicos que los soliciten

CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA", S. A.

APARTADO 424

MEXICO, D. F.



LOS CATEDRATICOS **Forhan's** LA PREGUNTA DE LA SEMANA

PREGUNTA PREMIADA (Srita. M. Herrera Sierra):-
¿Por qué la Plaza Mayor de la Ciudad de México se llama
también Plaza de la Constitución?

RESPUESTA:- Las Cortes Españolas que decretaron la
Constitución de 1813, dispusieron que llevase ese nombre.

CUIDE SUS ENCIAS.

No hay dientes sanos sin encías firmes: ¡Vigorece sus encías! Cepille
sus dientes y dé masaje diariamente a sus encías con **FORHAN'S**

Si contrae la piorrea, visite a su dentista inmediatamente.

Forhan's

PARA LAS ENCIAS



SALICILATO DE SODIO "MYN"

La actual técnica de administración del Salicilato de Sodio a altas dosis en el
tratamiento del reumatismo poliarticular agudo y de las endocarditis reumatismales
evolutivas, hacen del **SALICILATO DE SODIO "MYN"** un producto de elección,
ya que al aplicarse por vía intravenosa se obtiene un nivel sanguíneo muy alto.

FORMULA:

Cada ampula de 10 cm³. contiene:

Salicilato de Sodio	1.00 g.
Agua bidestilada c. b. para	10 cm ³ .

DOSIS: En inyección intravenosa puede aplicarse, según el criterio del médico,
dos ampolletas en la mañana y dos ampolletas en la tarde, de modo de obtener re-
sultados más rápidos.

La vía intravenosa suple en gran parte la administración del Salicilato de So-
dio por la vía oral, evitando la acción del medicamento sobre la mucosa gástrica.

Dada la concentración de la Solución del Salicilato de Sodio MYN, al 10%,
éste no causa esclerosis en las venas de aplicación.

Reg. No. 8567, S. S. A.

Prop. No. A-1061/50.

LABORATORIOS "MYN" S. A.

Av. Coyoacán No. 1707.

México 12, D. F.

PROPAGANDA EXCLUSIVA PARA REVISTAS CIENTIFICAS

Insuficiencia biliar

Las molestias o peligros causadas por la insuficiencia biliar ya sea de origen hepático o vesicular, disminuyen considerablemente con el empleo de sales biliares tal como se combinan en

VERACOLATE

REG. 17405 S.S.A.

PROP. B-1

Hemorroides

Sin necesidad de recurrir a analgésicos, estípticos o anestésicos, Anusol (Supositorios y Ungüento) disminuye la inflamación anorrectal y proporciona alivio, sin disimular solamente los síntomas.

ANUSOL

REG. 5141 S.S.A.

PROP. B-1

En la úlcera

representa una mejora radical en la terapéutica por alúmina, pues evita que aparezca el estreñimiento concomitante.

GELUSIL

REGISTROS 26714 Y 26511 S.S.A.

PROP. P.F. 50

Con gusto se enviarán muestras de
estos preparados para ensayos clínicos
a los médicos que los soliciten

CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA", S. A.

APARTADO 424

MEXICO, D. F.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1950-1952

Presidente:
DR. LUIS CARRILLO
AZCARATE.

Vice-Presidente:
DR. RAUL ARTURO
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. MIGUEL LOPEZ
ESNAURRIZAR

Secretario Bienal:
DR. JOSE GARCIA
NORIEGA.

Tesorero:
DR. DONATO RAMIREZ.

VOCALAS:

1er. Vocal.
Dr. José Rábago.

2o. Vocal.
Dr. Miguel Lavalle.

3er. Vocal.
Dr. Bernardo J. Gastelum.

4o. Vocal.
Dr. Enrique Peña y de la Peña

5o. Vocal.
Dr. Adán Velarde

HEMORROIDES ALLERGANTYL SUPOSITORIOS

FORMULA:

Extracto seco de Nogal 1:4	0.20 g.
Alantoína	0.20 g.
Vitamina "C" 1.000 U.I.	0.05 g.
Excipiente graso (manteca de cacao) c.b.p.	3.8 g.

Registro Núm. 32726 S. S. A.
Prop. Núm. A-318/50

Literatura exclusiva para médicos.

**Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.**

Apartado No. 1398

MEXICO, D. F.



Se
presenta
en
ampolletas
de:

0,05 g. (1 c.c.-1,000 u. i.), 0,1 g. (2 c.c.-2,000 u. i.)
y 0,50 g. (5 c.c.-10,000 u. i.) para inyección sub-
cutánea, intramuscular o intravenosa.

Se recomienda el empleo del Cebion fuertes en el curso de
las enfermedades infecciosas.

Regs. Nos. 17261, 17282 y 19587 D.S.P.

Elaborado por: **MERCK-MEXICO, S. A.**
Versalles 15
México, D. F.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1950-1952

Presidente:
DR. LUIS CARRILLO
AZCARATE.

Vice-Presidente:
DR. RAUL ARTURO
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. MIGUEL LOPEZ
ESNAURRIZAR

Secretario Bienal:
DR. JOSE GARCIA
NORIEGA.

Tesorero:
DR. DONATO RAMIREZ.

VOCALES:

1er. Vocal.
Dr. José Rábago.

2o. Vocal.
Dr. Miguel Lavalle.

3er. Vocal.
Dr. Bernardo J. Gastelum.

4o. Vocal.
Dr. Enrique Peña y de la Peña

5o. Vocal.
Dr. Adán Velarde

HEMORROIDES ALLERGANTYL SUPOSITORIOS

FORMULA:

Extracto seco de Nogal 1:4	0.20 g.
Alantoína	0.20 g.
Vitamina "C" 1.000 U.I.	0.05 g.
Excipiente graso (manteca de cacao) c.b.p.	3.8 g.

Registro Núm. 32726 S. S. A.
Prop. Núm. A-318/50

Literatura exclusiva para médicos.

Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.

Apartado No. 1398

MEXICO, D. F.



Se
presenta
en
ampolletas
de:

0,05 g. (1 c.c.-1,000 u. i.), 0,1 g. (2 c.c.-2,000 u. i.)
y 0,50 g. (5 c.c.-10,000 u. i.) para inyección sub-
cutánea, intramuscular o intravenosa.

Se recomienda el empleo del Cebion fuertes en el curso de
las enfermedades infecciosas.

Regs. Nos. 17261, 17282 y 19587 D.S.P.

Elaborado por: **MERCK-MEXICO, S. A.**
Versalles 15
México, D. F.

Esta Empresa opera bajo el control de la H. Junta de Administración y Vigilancia de la Propiedad Extranjera.



Fundado en 1775

Cuanto necesite para su Consultorio



UN COMPLETO SURTIDO EN BAUMANOMETROS,

ESTETOSCOPIOS, PINZAS DE CIRUGIA, ETC., ETC.

A LOS PRECIOS MAS BAJOS DE MEXICO,

COMO SIEMPRE EN EL



Nacional Monte de Piedad

"Tradición y Confianza"

VACCIN ANTI-BRONCHO-PNEUMONIQUE DE WEILL & DUFOUT

FORMULA:

Neumococos I.	de cada
Neumococos II.	uno
Neumococos III.	133.333.333
Enterococos	400.000.000
Estafilococos aureos	150.000.000
Tetrágenos	50.000.000
Solución acuosa de Cloruro de Sodio al 7/00	
c. b. p.	1 cm ³ .

PRESENTACION: En cajas de 3 y 6 ampollitas de 2 cm.³

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Antigénicas.

INDICACIONES: Profiláctico contra la gripa. Bronquitis catarrales agudas y de algunas complicaciones que sobrevienen en niños y ancianos después de la anestesia por inhalación. Auxiliar en el tratamiento de: Neumonía, Bronconeumonía, Gripe de tipo respiratorio, Bronquitis catarrales y algunos tipos de congestión pulmonar.

DOSIS: De $\frac{1}{2}$ cm.³ $\frac{3}{4}$ de cm.³ y 1 cm.³ en días alternos, para niños.

De $\frac{1}{2}$ cm.³, 1 cm.³, 1 $\frac{1}{2}$ cm.³, 1 $\frac{3}{4}$ cm.³ y 2 cm.³, también en días alternos, para adultos.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección hipodérmica.

Reg. No. 1352 S. S. A. Prop. No. Fi-3.

"Este medicamento es de empleo delicado".

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

ALEPSAL GENEVRIER

Comprimidos.

Fórmula.

Fenil-etil-malonilurea	0.10 g.
Polvo de hojas de Belladona	0.02 "
Silicato de Magnesio hidratado	0.05 "
Para un comprimido.	

PRESENTACION: En tubos de 20 comprimidos.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Neuro-sedante e hipnótico.

INDICACIONES: De gran eficacia en el tratamiento de la epilepsia, jaquecas, angustias, espasmos tanto cardíacos como vasculares e intestinales.

DOSIS: La que prescriba el Médico.

VIA DE ADMINISTRACION: Oraí.

Reg. No. 11813 S.S.A.

"Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica. Su venta requiere receta de facultativo con título registrado en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

A. RUFF & CIA

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.



Fundado en 1775

Cuanto necesite para su Consultorio



UN COMPLETO SURTIDO EN BAUMANOMETROS,

ESTETOSCOPIOS, PINZAS DE CIRUGIA, ETC., ETC.

A LOS PRECIOS MAS BAJOS DE MEXICO,

COMO SIEMPRE EN EL



Nacional Monte de Piedad

"Tradición y Confianza"

VACCIN ANTI-BRONCHO-PNEUMONIQUE DE WEILL & DUFOUT

FORMULA:

Neumococos I.	de cada
Neumococos II.	uno
Neumococos III.	133.333.333
Enterococos	400.000.000
Estafilococos áureos	150.000.000
Tetrágenos	50.000.000
Solución acuosa de Cloruro de Sodio al 7/00	
c. b. p.	1 cm ³ .

PRESENTACION: En cajas de 3 y 6 ampolletas de 2 cm.³

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Antigénicas.

INDICACIONES: Profiláctico contra la gripa. Bronquitis catarrales agudas y de algunas complicaciones que sobrevienen en niños y ancianos después de la anestesia por inhalación. Auxiliar en el tratamiento de: Neumonía, Bronconeumonía, Gripe de tipo respiratorio, Bronquitis catarrales y algunos tipos de congestión pulmonar.

DOSIS: De $\frac{1}{2}$ cm.³ $\frac{3}{4}$ de cm.³ y 1 cm.³ en días alternos, para niños.

De $\frac{1}{2}$ cm.³, 1 cm.³, 1 $\frac{1}{2}$ cm.³, 1 $\frac{3}{4}$ cm.³ y 2 cm.³, también en días alternos, para adultos.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección hipodérmica.

Reg. No. 1352 S. S. A. Prop. No. Fi-3.

"Este medicamento es de empleo delicado".

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

ALEPSAL GENEVRIER

Comprimidos.

Fórmula.

Fenil-etil-malonilurea	0.10 g.
Polvo de hojas de Belladona	0.02 "
Silicato de Magnesio hidratado	0.05 "
Para un comprimido.	

PRESENTACION: En tubos de 20 comprimidos.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Neuro-sedante e hipnótico.

INDICACIONES: De gran eficacia en el tratamiento de la epilepsia, jaquecas, angustias, espasmos tanto cardíacos como vasculares e intestinales.

DOSIS: La que prescriba el Médico.

VIA DE ADMINISTRACION: Oraí.

Reg. No. 11813 S.S.A.

"Úsese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica. Su venta requiere receta de facultativo con título registrado en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

A. RUFF & CIA

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

NUEVA PRESENTACION DE AUREOMICINA

Durante los dos últimos años hemos consagrado los esfuerzos más grandes a la purificación de la Aureomicina y ahora nos enorgullece presentar un preparado exento de sustancias extrañas que representa la pureza en su grado más alto: el "Clorhidrato de Aureomicina Cristalina para uso endovenoso".

INDICACIONES:

* Abscesos cerebrales * Amibiasis en todas sus formas y localizaciones * Brucelosis aguda y crónica * Colibacilosis * Endocarditis bacteriana * Fiebre tifoidea y paratifoidea * Epatitis, Colecistitis y Angiolitiasis * Infecciones agudas y crónicas de las vías urinarias * Infecciones oculares * Laringo-tráqueo-bronquitis aguda. * Meningo-encefalitis * Mononucleosis infecciosa * Peritonitis * Procesos broncopulmonares no tuberculosos * Septicemia * Sífilis en cualquier periodo * Tifo * Y en todos aquellos casos susceptibles a la Aureomicina y en los cuales no pueda ser administrada la droga por vía oral: vómitos, trismus, disfagia, succión gástrica, estenosis pilórica, diarrea, abundante, etc., o cuando se desee reforzar la acción de la Aureomicina oral.

PRESENTACION: Frasco-ampula de 100 mg., de Clorhidrato de Aureomicina Cristalina, para ser diluido en 10 c.c., de agua destilada, solución salina fisiológica o solución glucosada al 5%.

VIA DE ADMINISTRACION: Exclusivamente endovenosa.

OTRAS PRESENTACIONES:

Cápsulas de 50 y 250 mg.
Reg. No. 33913 S. S. A.
Trociscos de 15 mg.
Reg. No. 35782 S. S. A.
Ungüento Dérmico.-Tubo de 28.4 g.
Reg. No. 35807 S. S. A.
Solución Oftálmica Fco. gotero con 25 mg.
Reg. No. 34085 S. S. A.

Lederle

FABRICADO POR:
LEDERLE LABORATORIES DIVISION
American Cyanamid Company
New York, N. Y.,

Representantes exclusivos en México:

LABORATORIOS LEDERLE, S. A.

José María Rico No. 418 México 12, D. F.
Reg. No. 36010 S. S. A.

S U M A R I O

Pág.

ACIERTOS Y DESACIERTOS DEL DIAGNOSTICO ANATOMOTOPO- GRAFICO EN EL DIAGNOSTICO INTEGRO DE ALGUNOS TU- MORES DEL ABDOMEN.—Por el Académico Dr. Genaro Zenteno G.	427
REVISION DE ALGUNOS METODOS PELVIMETRICOS.—EL METODO DE THOMS.—SITUACION ACTUAL DE LA PELVICEFALOME- TRIA.—Por el Académico Dr. Dionisio Pérez Cosío	461

Director,

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR

Gerente:
M. LEON DIAZJefe de Redacción,
DR. JOSE RABAGO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.
Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701, México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar	Abono anual	Núms. atrasados
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los
respectivos autores.

NUEVA PRESENTACION DE AUREOMICINA

Durante los dos últimos años hemos consagrado los esfuerzos más grandes a la purificación de la Aureomicina y ahora nos enorgullece presentar un preparado exento de sustancias extrañas que representa la pureza en su grado más alto: el "Clorhidrato de Aureomicina Cristalina para uso endovenoso".

INDICACIONES:

* Abscesos cerebrales * Amibiasis en todas sus formas y localizaciones * Brucelosis aguda y crónica * Colibacilosis * Endocarditis bacteriana * Fiebre tifoidea y paratifoidea * Epatitis, Colecistitis y Angiolitiasis * Infecciones agudas y crónicas de las vías urinarias * Infecciones oculares * Laringo-tráqueo-bronquitis aguda. * Meningo-encefalitis * Mononucleosis infecciosa * Peritonitis * Procesos broncopulmonares no tuberculosos * Septicemia * Sífilis en cualquier periodo * Tifo * Y en todos aquellos casos susceptibles a la Aureomicina y en los cuales no pueda ser administrada la droga por vía oral: vómitos, trismus, disfagia, succión gástrica, estenosis pilórica, diarrea, abundante, etc., o cuando se desee reforzar la acción de la Aureomicina oral.

PRESENTACION: Frasco-ampula de 100 mg., de Clorhidrato de Aureomicina Cristalina, para ser diluido en 10 c.c., de agua destilada, solución salina fisiológica o solución glucosada al 5%.

VIA DE ADMINISTRACION: Exclusivamente endovenosa.

OTRAS PRESENTACIONES:

Cápsulas de 50 y 250 mg.
Reg. No. 33913 S. S. A.
Trociscos de 15 mg.
Reg. No. 35782 S. S. A.
Ungüento Dérmico.-Tubo de 28.4 g.
Reg. No. 35807 S. S. A.
Solución Oftálmica Fco. gotero con 25 mg.
Reg. No. 34085 S. S. A.

Lederle

FABRICADO POR:
LEDERLE LABORATORIES DIVISION
American Cyanamid Company
New York, N. Y.,

Representantes exclusivos en México:

LABORATORIOS LEDERLE, S. A.

José María Rico No. 418 México 12, D. F.
Reg. No. 36010 S. S. A.

S U M A R I O

Pág.

ACIERTOS Y DESACIERTOS DEL DIAGNOSTICO ANATOMOTOPO- GRAFICO EN EL DIAGNOSTICO INTEGRO DE ALGUNOS TU- MORES DEL ABDOMEN.—Por el Académico Dr. Genaro Zenteno G.	427
REVISION DE ALGUNOS METODOS PELVIMETRICOS.—EL METODO DE THOMS.—SITUACION ACTUAL DE LA PELVICEFALOME- TRIA.—Por el Académico Dr. Dionisio Pérez Cosío	461

Director,

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR

Gerente:
M. LEON DIAZJefe de Redacción,
DR. JOSE RABAGO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugia.
Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701, México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar	Abono anual	Núms. atrasados
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los
respectivos autores.

VIACILINA

PENICILINA PROCAINA "G" PARA INYECCION ACUOSA

Cada frasco de VIACILINA contiene suficiente cantidad de Procaína Penicilina "G" en polvo para la administración de 5 dosis de 1 c.c. de 300,000 U. cada dosis.

VIACILINA *presenta las siguientes ventajas:*

Sin aceite — evita la formación de nódulos y las reacciones de sensibilidad al aceite.

Sin cera — evita el dolor en el lugar de la inyección y el peligro de lesionar los tejidos.

Estabilidad — la VIACILINA se suministra en forma seca. Cuando se agregan 5 c.c. del diluyente al frasco de VIACILINA la suspensión que resulta contiene 300,000 U. por c.c. y conserva su potencia sin necesidad de ser refrigerada por un periodo de 7 días.

Efectividad terapéutica — una inyección de 1 c.c. de VIACILINA (300,000 U.) mantiene niveles terapéuticos efectivos en la sangre por 24 horas en la mayoría de los casos.

Reg. No. 32945 S. S. A. Prop. No. Ff. 18

Wyeth-Stillé, S. A.

Laboratorios de Productos Farmacéuticos,
Nutritivos y Biológicos.

TELEFONOS: 18-17-91 y 35-69-48.

VERSALLES 40.

MEXICO, D. F.



Cirugía y Cirujanos

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

OCTUBRE 1950

NUM. 10

Aciertos y Desaciertos del Diagnóstico Anatomotopográfico en el Diagnóstico íntegro de Algunos Tumores del Abdomen

Por el Acad. Dr. Génaro Zenteno G.

El término genérico "tumor" en Clínica, se emplea para designar un fenómeno físico que puede ser el simple aumento de volumen de un órgano o la presencia de un cuerpo sólido o de un líquido contenido en una cavidad formada por paredes naturales o artificiales, desarrollados anormalmente a expensas de los tejidos donde se encuentran implantados.

Un estudio del conjunto de estos distintos aspectos es tan complejo, que nunca podría ser bien resumido y de él, en este trabajo sólo nos ocuparemos y tan solo parcialmente de uno de ellos, es el que se refiere a la existencia de algunos tumores-neoplasias que se manifiestan principalmente como cuerpo físico intraabdominal bien tolerados y sin las complicaciones que obligarían a una intervención inmediata; nos ocupamos de los que ahí se encuentran constituidos permanentemente desafiando al ingenio del clínico para ser identificados; de los que una vez reunidos los elementos propedéuticos que nos permiten aseverar que existe un tumor neoplásico intraabdominal, nuestra aspiración clínica será atribuirlo a un órgano determinado: "diagnóstico anatomotopográfico" para predecir así aproximadamente su estructura: "diagnóstico íntegro".

No nos ocupamos pues, de las neoplasias que por algún tiempo o definitivamente no hacen tumor físico-clínico.

Esto parece una empresa poco importante si consideramos que las vías de acceso a la gran cavidad del abdomen son fáciles comen-

VIACILINA

PENICILINA PROCAINA "G" PARA INYECCION ACUOSA

Cada frasco de VIACILINA contiene suficiente cantidad de Procaína Penicilina "G" en polvo para la administración de 5 dosis de 1 c.c. de 300,000 U. cada dosis.

VIACILINA *presenta las siguientes ventajas:*

Sin aceite — evita la formación de nódulos y las reacciones de sensibilidad al aceite.

Sin cera — evita el dolor en el lugar de la inyección y el peligro de lesionar los tejidos.

Estabilidad — la VIACILINA se suministra en forma seca. Cuando se agregan 5 c.c. del diluyente al frasco de VIACILINA la suspensión que resulta contiene 300,000 U. por c.c. y conserva su potencia sin necesidad de ser refrigerada por un periodo de 7 días.

Efectividad terapéutica — una inyección de 1 c.c. de VIACILINA (300,000 U.) mantiene niveles terapéuticos efectivos en la sangre por 24 horas en la mayoría de los casos.

Reg. No. 32945 S. S. A. Prop. No. Ff. 18

Wyeth-Stillé, S. A.

*Laboratorios de Productos Farmacéuticos,
Nutritivos y Biológicos.*

TELEFONOS: 18-17-91 y 35-69-48.

VERSALLES 40.

MEXICO, D. F.



Cirugía y Cirujanos

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

OCTUBRE 1950

NUM. 10

Aciertos y Desaciertos del Diagnóstico Anatomotopográfico en el Diagnóstico íntegro de Algunos Tumores del Abdomen

Por el Acad. Dr. Génaro Zenteno G.

El término genérico "tumor" en Clínica, se emplea para designar un fenómeno físico que puede ser el simple aumento de volumen de un órgano o la presencia de un cuerpo sólido o de un líquido contenido en una cavidad formada por paredes naturales o artificiales, desarrollados anormalmente a expensas de los tejidos donde se encuentran implantados.

Un estudio del conjunto de estos distintos aspectos es tan complejo, que nunca podría ser bien resumido y de él, en este trabajo sólo nos ocuparemos y tan solo parcialmente de uno de ellos, es el que se refiere a la existencia de algunos tumores-neoplasias que se manifiestan principalmente como cuerpo físico intraabdominal bien tolerados y sin las complicaciones que obligarían a una intervención inmediata; nos ocupamos de los que ahí se encuentran constituidos permanentemente desafiando al ingenio del clínico para ser identificados; de los que una vez reunidos los elementos propedéuticos que nos permiten aseverar que existe un tumor neoplásico intraabdominal, nuestra aspiración clínica será atribuirlo a un órgano determinado: "diagnóstico anatomotopográfico" para predecir así aproximadamente su estructura: "diagnóstico íntegro".

No nos ocupamos pues, de las neoplasias que por algún tiempo o definitivamente no hacen tumor físico-clínico.

Esto parece una empresa poco importante si consideramos que las vías de acceso a la gran cavidad del abdomen son fáciles comen-

zando desde luego, porque la pared antero lateral es blanda y depreciable y nos permite aprovechar el conocimiento anatómico de la distribución de las vísceras, las relaciones que guardan entre sí conservadas por su medios de fijeza y sus propiedades físicas, más elementales que permite distinguirlas por su morfología y clasificarlas en sólidas y huecas, permitiendo así ser identificadas por los medios de exploración directa.

Además, como el agrupamiento de esos órganos también se hace contribuyendo a la formación de los aparatos digestivo, urinario y genital, y éstos comunican al exterior, se aprovechan esas comunicaciones para explorar directamente a su través y por medio de aparatos adecuados, algunos de los órganos situados dentro de la cavidad.

El desarrollo anatómico de la hoja peritoneal es también un auxiliar para el diagnóstico topográfico del tumor. Es una hoja continua que cubre la cara interna de las paredes del abdomen y la exterior de todos los órganos ahí contenidos; su disposición se hace de tal manera, que encierra una segunda cavidad dentro de la abdominal pero con la excepción única, a estas cavidades, que en la mujer comunica con el medio exterior al través del ostium abdominal de la trompa.

Todas las vísceras asoman a esa cavidad en cualquiera de dos maneras, o bien formando apenas un relieve y entonces son retroperitoneales, o bien, se envuelven en repliegues tan íntimos que les forman una capa, casi continua, que integra su pared pero siempre deja un espacio que varía desde un borde muy delgado por donde recibe los medios de nutrición y comunicación nerviosa y en algunos es tan estrecho este espacio, que las hojas resultantes forman un ligamento o meso más o menos delgado y amplio por su longitud hasta permitirle prácticamente ingresar en la cavidad donde toma un lugar y se desplaza más o menos ampliamente en ella, mientras que en otras, el espacio tan amplio que limita una superficie o cara que permanece alejada de la cavidad y las dos hojas resultantes siempre cortas para poder constituirse en un sostén que las fija e inmoviliza contra la pared posterior del abdomen. De esta manera, a los signos físicos que corresponden a estos órganos dependientes de su forma y cualidad de ser macizos o huecos se agrega su fijeza o movilidad como complemento para ser identificados.

TUMORES DEL ABDOMEN

Estas consideraciones son trascendentes porque si es cierto que nos estamos refiriendo a posición y situación anatómica de las vísceras, en patología del abdomen sabemos que con algunas escepciones en la que el tumor primario se hace dependiente directamente de alguna porción de la hoja peritoneal, todos los tumores tienen como punto de partida las paredes viscerales, por consiguiente comparten la posición y situación de las mismas y cuanto se refiera a estas en ese sentido, es aplicable a los tumores que de ellas dependen así por ejemplo el esquema de Wallace y Abadie en el que se hace la proyección de las vísceras a la pared anterior, dividida en las regiones que es costumbre considerar en propedéutica, es también aplicable a la clínica de los tumores siempre que conserven los órganos su posición y situación y aunque aproximadamente, su morfología. Este esquema es tan elemental que ha de bastar recordar el nombre de sus autores para imaginárnoslo.

Los tumores por esta razón, adquieren cierto arraigo que tienden a identificarlos con las vísceras correspondientes. En patología sabemos también que tienden a revestir formas casi constantes: en unas se conserva por algún tiempo, la forma del órgano a tal grado que simulan una simple hipertrofia de orígenes diversos (hígado, riñón). En otros, la forma es esférica o esferoidal con una gama de volumen y consistencia ilimitados, tal como acontece en los tumores genitales femeninos. En otros es un casquete de esfera, fijo y profundo como algunos tumores del páncreas.

A estos dos elementos, se agrega el de la movilidad; tanto la consecuente con la gravitación, como la conferida intencionalmente o por las maniobras de exploración. Está condicionada por los medios de fijeza y espontáneamente, también transmitida por los movimientos respiratorios y los latidos cardíacos y de los troncos gruesos vasculares así como por los movimiento del individuo, voluntarios o involuntarios. Hay tumores fijos, inmóviles como los de la cabeza del páncreas y otros muy móviles como algunos del ovario, mesenterio y epiplón.

Explorados por percusión y tratándose siempre de cuerpos sólidos ó líquidos contenidos en una pared propia, la macidez, es el signo común que los delimita contrastando con el timpanismo de las vísceras huecas del tubo digestivo y aún de la claridad pulmonar para

zando desde luego, porque la pared antero lateral es blanda y depreciable y nos permite aprovechar el conocimiento anatómico de la distribución de las vísceras, las relaciones que guardan entre sí conservadas por su medios de fijeza y sus propiedades físicas, más elementales que permite distinguirlas por su morfología y clasificarlas en sólidas y huecas, permitiendo así ser identificadas por los medios de exploración directa.

Además, como el agrupamiento de esos órganos también se hace contribuyendo a la formación de los aparatos digestivo, urinario y genital, y éstos comunican al exterior, se aprovechan esas comunicaciones para explorar directamente a su través y por medio de aparatos adecuados, algunos de los órganos situados dentro de la cavidad.

El desarrollo anatómico de la hoja peritoneal es también un auxiliar para el diagnóstico topográfico del tumor. Es una hoja continua que cubre la cara interna de las paredes del abdomen y la exterior de todos los órganos ahí contenidos; su disposición se hace de tal manera, que encierra una segunda cavidad dentro de la abdominal pero con la excepción única, a estas cavidades, que en la mujer comunica con el medio exterior al través del ostium abdominal de la trompa.

Todas las vísceras asoman a esa cavidad en cualquiera de dos maneras, o bien formando apenas un relieve y entonces son retroperitoneales, o bien, se envuelven en repliegues tan íntimos que les forman una capa, casi continua, que integra su pared pero siempre deja un espacio que varía desde un borde muy delgado por donde recibe los medios de nutrición y comunicación nerviosa y en algunos es tan estrecho este espacio, que las hojas resultantes forman un ligamento o meso más o menos delgado y amplio por su longitud hasta permitirle prácticamente ingresar en la cavidad donde toma un lugar y se desplaza más o menos ampliamente en ella, mientras que en otras, el espacio tan amplio que limita una superficie o cara que permanece alejada de la cavidad y las dos hojas resultantes siempre cortas para poder constituirse en un sostén que las fija e inmoviliza contra la pared posterior del abdomen. De esta manera, a los signos físicos que corresponden a estos órganos dependientes de su forma y cualidad de ser macizos o huecos se agrega su fijeza o movilidad como complemento para ser identificados.

TUMORES DEL ABDOMEN

Estas consideraciones son trascendentes porque si es cierto que nos estamos refiriendo a posición y situación anatómica de las vísceras, en patología del abdomen sabemos que con algunas escepciones en la que el tumor primario se hace dependiente directamente de alguna porción de la hoja peritoneal, todos los tumores tienen como punto de partida las paredes viscerales, por consiguiente comparten la posición y situación de las mismas y cuanto se refiera a estas en ese sentido, es aplicable a los tumores que de ellas dependen así por ejemplo el esquema de Wallace y Abadie en el que se hace la proyección de las vísceras a la pared anterior, dividida en las regiones que es costumbre considerar en propedéutica, es también aplicable a la clínica de los tumores siempre que conserven los órganos su posición y situación y aunque aproximadamente, su morfología. Este esquema es tan elemental que ha de bastar recordar el nombre de sus autores para imaginárnoslo.

Los tumores por esta razón, adquieren cierto arraigo que tienden a identificarlos con las vísceras correspondientes. En patología sabemos también que tienden a revestir formas casi constantes: en unas se conserva por algún tiempo, la forma del órgano a tal grado que simulan una simple hipertrofia de orígenes diversos (hígado, riñón). En otros, la forma es esférica o esferoidal con una gama de volumen y consistencia ilimitados, tal como acontece en los tumores genitales femeninos. En otros es un casquete de esfera, fijo y profundo como algunos tumores del páncreas.

A estos dos elementos, se agrega el de la movilidad; tanto la consecuente con la gravitación, como la conferida intencionalmente o por las maniobras de exploración. Está condicionada por los medios de fijeza y espontáneamente, también transmitida por los movimientos respiratorios y los latidos cardíacos y de los troncos gruesos vasculares así como por los movimiento del individuo, voluntarios o involuntarios. Hay tumores fijos, inmóviles como los de la cabeza del páncreas y otros muy móviles como algunos del ovario, mesenterio y epiplón.

Explorados por percusión y tratándose siempre de cuerpos sólidos ó líquidos contenidos en una pared propia, la macidez, es el signo común que los delimita contrastando con el timpanismo de las vísceras huecas del tubo digestivo y aún de la claridad pulmonar para

los que ocupan el departamento superior del abdomen y en casos especiales, la macidez interrumpida ú oculta por la interposición parcial o total de las vísceras huecas, significando así su situación retrovisceral o retro-peritoneal.

Así, pues, la situación, la forma, consistencia y movilidad, son elementos de diagnóstico que cuando se ajustan a la anatomía topográfica y patológica macroscópica, establecen bases sólidas para los diagnósticos cuando son confrontados con los datos proporcionados por la historia clínica que habrá construido ya síndromos funcionales que permiten atribuir el padecimiento a uno de los órganos afectados que debe formar parte de los aparatos contenidos en el abdomen; digestivo, urinario, genital o alguno de sus anexos. La solicitud del auxilio del Laboratorio puede entonces considerarse como de comprobación y así se habrá llegado fácilmente al diagnóstico íntegro.

Pero, los grandes extremos de magnitud del tumor, (muy pequeños o muy voluminosos); la dislocación de la víscera enferma, el alejamiento de las caracteres físicos que se estiman como constantes a cada variedad de tumor, las dificultades de exploración (obesidad, resistencia incorregible de la pared) y lo más interesante, la ausencia, inexactitud, falsedad o contradicción aparente de los síntomas, crían un conjunto de dificultades insuperables para llegar a la meta diagnóstica.

Agregándose a estas circunstancias, acontece frecuentemente que se añade, deformando la imagen clínica del síndrome, el reemplazo aparente de los síntomas o la verdadera coexistencia de un proceso inflamatorio o bien procesos de esta naturaleza preponderantemente crónicos que se ofrecen, analizados desde distintos puntos de vista como tumor, pero principalmente, porque sus lesiones adquieren las propiedades de éste.

Ante ésto, existe una razón básica que no por explicar aclara la confusión y es que la fisiopatología del abdomen ha recogido y ordenado las cualidades reaccionales de la serosa peritoneal, que se consideran como irritativas cuando el excitante el mecánico o inflamatorio débil o moderado y tan sólo la presencia del tumor como cuerpo extraño, es capaz de producir una reacción de esa naturaleza.

Formando parte de esa reacción, debemos contar ante todo con el poder plástico del peritoneo; el despulimiento de la serosa y el

trasudado que le acompaña, forman el principio de las lesiones que tienden a organizarse ó inflamarse, porque por ese mismo mecanismo, sufren las vísceras huecas de contenido séptico (intestino principalmente) una permeabilización de la pared, de la que es conducida al través de la vasta red linfática, la contaminación microbiana que hace compleja y más grave la evolución de estas lesiones. El tumor a su vez, es susceptible de sufrir alteraciones en su estructura, como necrobiosis que pueden hacerse de esfacelo o ulcerarse y en el ambiente en que se encuentran, se desencadena una verdadera peritonitis circunscrita la mayor parte de las veces y entonces, esto viene a ocultar o a hacer más difícil la movilización, si es que existía, del tumor. Por esta misma razón, las peritonitis circunscritas conocidas con el nombre de perivisceritis cuya evolución es crónica desde el principio, se organizan de tal manera, que adquieren todas las cualidades de un cuerpo sólido y se establece la confusión, pues el resultado de la exploración ha conducido al mismo hallazgo clínico: es un tumor fijo por la reacción periviscerítica? es una perivisceritis que reviste la apariencia de cuerpo físico clínico que es tumor?.

Esta confusión, no podrá ser siempre aclarada con el auxilio de la sintomatología por las razones antes mencionadas y por que debe existir un síndrome de irritación peritoneal que es común á ambos orígenes. La sensibilidad visceral y la reflectividad peritoneal, además, son comunes a los excitantes condicionales, débiles o moderados.

Para hacer más difícil la solución de este problema, es frecuente que las pruebas de laboratorio sean imprecisas: biometría hemática y sedimentación globular que no se ostentan siempre como concluyentes.

Los principios generales que hemos considerado, fundan las características clínicas de los tumores del abdomen que señalan, más o menos de la misma manera, todos los textos y de las que creemos oportuno hacer un resumen individual:

(10 cuadros sinópticos).

Por nuestra parte, hemos buscado y encontrado, un valioso auxiliar clínico en la localización topográfica de los tumores del abdomen y es la referencia radioscópica y radiográfica del marco cólico previamente opacificado por oral. Un tumor voluminoso rodeado por el colon "desenrollado", convertido en el desarrollo del perímetro del

los que ocupan el departamento superior del abdomen y en casos especiales, la macidez interrumpida ú oculta por la interposición parcial o total de las vísceras huecas, significando así su situación retrovisceral o retro-peritoneal.

Así, pues, la situación, la forma, consistencia y movilidad, son elementos de diagnóstico que cuando se ajustan a la anatomía topográfica y patológica macroscópica, establecen bases sólidas para los diagnósticos cuando son confrontados con los datos proporcionados por la historia clínica que habrá construido ya síndromos funcionales que permiten atribuir el padecimiento a uno de los órganos afectados que debe formar parte de los aparatos contenidos en el abdomen; digestivo, urinario, genital o alguno de sus anexos. La solicitud del auxilio del Laboratorio puede entonces considerarse como de comprobación y así se habrá llegado fácilmente al diagnóstico íntegro.

Pero, los grandes extremos de magnitud del tumor, (muy pequeños o muy voluminosos); la dislocación de la víscera enferma, el alejamiento de las caracteres físicos que se estiman como constantes a cada variedad de tumor, las dificultades de exploración (obesidad, resistencia incorregible de la pared) y lo más interesante, la ausencia, inexactitud, falsedad o contradicción aparente de los síntomas, crían un conjunto de dificultades insuperables para llegar a la meta diagnóstica.

Agregándose a estas circunstancias, acontece frecuentemente que se añade, deformando la imagen clínica del síndrome, el reemplazo aparente de los síntomas o la verdadera coexistencia de un proceso inflamatorio o bien procesos de esta naturaleza preponderantemente crónicos que se ofrecen, analizados desde distintos puntos de vista como tumor, pero principalmente, porque sus lesiones adquieren las propiedades de éste.

Ante esto, existe una razón básica que no por explicar aclara la confusión y es que la fisiopatología del abdomen ha recogido y ordenado las cualidades reaccionales de la serosa peritoneal, que se consideran como irritativas cuando el excitante el mecánico o inflamatorio débil o moderado y tan sólo la presencia del tumor como cuerpo extraño, es capaz de producir una reacción de esa naturaleza.

Formando parte de esa reacción, debemos contar ante todo con el poder plástico del peritoneo; el despulimiento de la serosa y el

trasudado que le acompaña, forman el principio de las lesiones que tienden a organizarse ó inflamarse, porque por ese mismo mecanismo, sufren las vísceras huecas de contenido séptico (intestino principalmente) una permeabilización de la pared, de la que es conducida al través de la vasta red linfática, la contaminación microbiana que hace compleja y más grave la evolución de estas lesiones. El tumor a su vez, es susceptible de sufrir alteraciones en su estructura, como necrobiosis que pueden hacerse de esfacelo o ulcerarse y en el ambiente en que se encuentran, se desencadena una verdadera peritonitis circunscrita la mayor parte de las veces y entonces, esto viene a ocultar o a hacer más difícil la movilización, si es que existía, del tumor. Por esta misma razón, las peritonitis circunscritas conocidas con el nombre de perivisceritis cuya evolución es crónica desde el principio, se organizan de tal manera, que adquieren todas las cualidades de un cuerpo sólido y se establece la confusión, pues el resultado de la exploración ha conducido al mismo hallazgo clínico: es un tumor fijo por la reacción periviscerítica? es una perivisceritis que reviste la apariencia de cuerpo físico clínico que es tumor?.

Esta confusión, no podrá ser siempre aclarada con el auxilio de la sintomatología por las razones antes mencionadas y por que debe existir un síndrome de irritación peritoneal que es común á ambos orígenes. La sensibilidad visceral y la reflectividad peritoneal, además, son comunes a los excitantes condicionales, débiles o moderados.

Para hacer más difícil la solución de este problema, es frecuente que las pruebas de laboratorio sean imprecisas: biometría hemática y sedimentación globular que no se ostentan siempre como concluyentes.

Los principios generales que hemos considerado, fundan las características clínicas de los tumores del abdomen que señalan, más o menos de la misma manera, todos los textos y de las que creemos oportuno hacer un resumen individual:

(10 cuadros sinópticos).

Por nuestra parte, hemos buscado y encontrado, un valioso auxiliar clínico en la localización topográfica de los tumores del abdomen y es la referencia radioscópica y radiográfica del marco cólico previamente opacificado por oral. Un tumor voluminoso rodeado por el colon "desenrollado", convertido en el desarrollo del perímetro del

tumor, nos asegura la situación en la gran cavidad y por consiguiente su procedencia de un órgano ahí contenido y si el tumor es movilizable puede la radioscopia señalar la existencia de relaciones adherenciales entre el tumor y un segmento de esta porción de intestino que además será deformada, atraída o rechazada al movilizar el tumor bajo el control radioscópico. Por el contrario, el rechazamiento de la sombra del colon transverso hacia abajo demostrará la situación del tumor el departamento superior.

Este recurso ha sido utilizado además, combinando la histerosalpingografía practicada por nosotros mismos, con la radioscopia del abdomen buscando relaciones semejantes con la sombra del útero y sus anexos y nos ha sido igualmente útil al emplearla con el mismo fin pues nos ha aclarado la relación existente entre el tumor y los órganos de el aparato genital interno.

En seguida mencionaremos los aciertos y desaciertos que hemos obtenido en cinco casos que establecieron problema diagnóstico y que nos parecen ilustrativos aun cuando al enunciar el diagnóstico de evidencia o sea el post-operatorio, no tengan ya nada de interesante por esta misma razón.—

Enferma Guadalupe Martínez.

1.—Cistadenoma del ovario derecho, emigrado a la gran cavidad; fijo y adherido en hipocondrio derecho y epigastrio, en una mujer embarazada de tres meses aproximadamente. Tumor con pedículo largo que ocupa el espacio de separación aparente entre el fondo del útero y el extremo inferior del tumor que difícilmente pudieron ser delimitados.— En este caso tuvimos un acierto, pues el tumor era de apariencia principalmente epigástrico, sensiblemente esférico, como de 20 cms. de diámetro, duro elástico y medianamente doloroso; fijo y se acompañaba de estado nauseoso y vómitos de alimento que producían en la enferma malestar general e incapacidad para la ambulación.—Impreciso el tiempo de evolución, cree recordar la enferma haber sorprendido la elevación de su vientre y en el mismo lugar, ocho meses aproximadamente antes de la fecha en que recurrió al Hospital y así lo hizo por los síntomas que acompañaron y agravaron la presencia del tumor.—Amenorrea de tres meses aproximadamente y negó toda actividad genital.



- 1.—Ángulo Esplénico
- 2.—Pediculo del Bazo ya exteriorizado.
- 3.—Epiplón y parte del Colon Transverso exteriorizados para visualizar el ángulo Esplénico.



tumor, nos asegura la situación en la gran cavidad y por consiguiente su procedencia de un órgano ahí contenido y si el tumor es movilizable puede la radioscopia señalar la existencia de relaciones adherenciales entre el tumor y un segmento de esta porción de intestino que además será deformada, atraída o rechazada al movilizar el tumor bajo el control radioscópico. Por el contrario, el rechazamiento de la sombra del colon transversal hacia abajo demostrará la situación del tumor en el departamento superior.

Este recurso ha sido utilizado además, combinando la histerosalpingografía practicada por nosotros mismos, con la radioscopia del abdomen buscando relaciones semejantes con la sombra del útero y sus anexos y nos ha sido igualmente útil al emplearla con el mismo fin pues nos ha aclarado la relación existente entre el tumor y los órganos de el aparato genital interno.

En seguida mencionaremos los aciertos y desaciertos que hemos obtenido en cinco casos que establecieron problema diagnóstico y que nos parecen ilustrativos aun cuando al enunciar el diagnóstico de evidencia o sea el post-operatorio, no tengan ya nada de interesante por esta misma razón.—

Enferma Guadalupe Martínez.

1.—Cistadenoma del ovario derecho, emigrado a la gran cavidad; fijo y adherido en hipocondrio derecho y epigastrio, en una mujer embarazada de tres meses aproximadamente. Tumor con pedículo largo que ocupa el espacio de separación aparente entre el fondo del útero y el extremo inferior del tumor que difícilmente pudieron ser delimitados.— En este caso tuvimos un acierto, pues el tumor era de apariencia principalmente epigástrico, sensiblemente esférico, como de 20 cms. de diámetro, duro elástico y medianamente doloroso; fijo y se acompañaba de estado nauseoso y vómitos de alimento que producían en la enferma malestar general e incapacidad para la ambulación.—Impreciso el tiempo de evolución, cree recordar la enferma haber sorprendido la elevación de su vientre y en el mismo lugar, ocho meses aproximadamente antes de la fecha en que recurrió al Hospital y así lo hizo por los síntomas que acompañaron y agravaron la presencia del tumor.—Amenorrea de tres meses aproximadamente y negó toda actividad genital.



- 1.—Ángulo Esplénico
- 2.—Pediculo del Bazo ya exteriorizado.
- 3.—Epiplón y parte del Colon Transverso exteriorizados para visualizar el ángulo Esplénico.





El diagnóstico topográfico, que es lo que ocupa nuestra atención, lo obtuvimos recogiendo los datos de exploración que se encuentran representados en las láminas siguientes: En la Lámina 1.—Se aprecia en 2 la eminencia producida por el tumor más o menos bien circunscrita debajo de la línea que describe un círculo irregular; en 5 una faja de timpanismo que separaba al tumor del reborde costal y del área hepático normal, representada en el espacio marcado con el núm. 4 Las flechas que parten de 5 señalan el timpanismo que se extendía en el resto del abdomen libre y que rodeaba aún en 3 al tumor y que constituía, además de que la palpación no encontraba profundamente ninguna prolongación del tumor hacia abajo, el dato de confusión, al grado de que un distinguido profesor norteamericano a la sazón de visita entre nosotros e invitado a estudiar conjuntamente esta enferma, desconocida hasta entonces para ambos, se inclinara por un tumor de páncreas.—Practicamos exploración ginecológica y la suerte me favoreció al poder circunscribir un fondo de útero a la altura de 1 de esta misma lámina y que a pesar de las protestas de la enferma, interpreté como útero gestante en el tercer mes y además, temiendo estar sugestionado, a la palpación profunda en un vientre de paredes gruesas y resistentes creí sentir un cordón doloroso que unía a ambos 2, se aprecian y con los mismos números los datos de la anterior y en ella, puede verse cómo el tumor se insinuaba también por debajo del reborde costal.—En la lámina 3 que corresponde a la vista lateral izquierda se aprecian los datos que por este lado era posible observar, además que en 6, aparecen los límites del área esplénica normal.

Independientemente de otros recursos aproveché como fácil e inmediato la visualización del colon que definiendo su sitio como correspondiendo al timpanismo encontrado entre hígado y tumor, lo haría definitivamente pertenecer a la gran cavidad o si por el contrario se encontrara entre el tumor y el útero y siguiendo el contorno inferior del tumor, decididamente superior.—En el film encontramos al colon enmarcando al tumor Radiog. (1) y los detalles más salientes que demostraron un gran cistadenoma emigrado y fijo en las regiones altas del abdomen, con pedículo grueso y aparentemente torcido que lo unía a su lugar de origen que era el anexo derecho y que permitía la limitación del fondo del útero gestante y su movilización fácil pues en realidad, permaneció independientemente del tumor.—



El diagnóstico topográfico, que es lo que ocupa nuestra atención, lo obtuvimos recogiendo los datos de exploración que se encuentran representados en las láminas siguientes: En la Lámina 1.—Se aprecia en 2 la eminencia producida por el tumor más o menos bien circunscrita debajo de la línea que describe un círculo irregular; en 5 una faja de timpanismo que separaba al tumor del reborde costal y del área hepático normal, representada en el espacio marcado con el núm. 4 Las flechas que parten de 5 señalan el timpanismo que se extendía en el resto del abdomen libre y que rodeaba aún en 3 al tumor y que constituía, además de que la palpación no encontraba profundamente ninguna prolongación del tumor hacia abajo, el dato de confusión, al grado de que un distinguido profesor norteamericano a la sazón de visita entre nosotros e invitado a estudiar conjuntamente esta enferma, desconocida hasta entonces para ambos, se inclinara por un tumor de páncreas.—Practicamos exploración ginecológica y la suerte me favoreció al poder circunscribir un fondo de útero a la altura de 1 de esta misma lámina y que a pesar de las protestas de la enferma, interpreté como útero gestante en el tercer mes y además, temiendo estar sugestionado, a la palpación profunda en un vientre de paredes gruesas y resistentes creí sentir un cordón doloroso que unía a ambos 2, se aprecian y con los mismos números los datos de la anterior y en ella, puede verse cómo el tumor se insinuaba también por debajo del reborde costal.—En la lámina 3 que corresponde a la vista lateral izquierda se aprecian los datos que por este lado era posible observar, además que en 6, aparecen los límites del área esplénica normal.

Independientemente de otros recursos aproveché como fácil e inmediato la visualización del colon que definiendo su sitio como correspondiendo al timpanismo encontrado entre hígado y tumor, lo haría definitivamente pertenecer a la gran cavidad o si por el contrario se encontrara entre el tumor y el útero y siguiendo el contorno inferior del tumor, decididamente superior.—En el film encontramos al colon enmarcando al tumor Radiog. (1) y los detalles más salientes que demostraron un gran cistadenoma emigrado y fijo en las regiones altas del abdomen, con pedículo grueso y aparentemente torcido que lo unía a su lugar de origen que era el anexo derecho y que permitía la limitación del fondo del útero gestante y su movilización fácil pues en realidad, permaneció independientemente del tumor.—



Radiografía No. 2

Se ven las manos ejerciendo presión sobre hipogastrio que transmitida por el tumor, produce flexión acentuada del útero.



Radiografía No. 3

Se observa la mano desalojando al tumor de la pelvis lo que permite que el útero recupere su posición normal y sin tiramiento de los anexos.

TUMORES DEL ABDOMEN

foto (1) Las láminas 4 y 5 muestran dos aspectos del cistadenoma pseudomucinoso.

Enferma Beatriz Amaro Torres.

2.—Bazo ectópico flotante.—Esplenomegalia simple.—Se trata de un desacierto del diagnóstico topográfico motivado por la ectopia del órgano. En efecto; se trataba de un tumor de los que por su magnitud en el abdomen puede considerarse como de mediano volumen presentándose en enferma de 46 años, de localización permanente en las regiones inferiores del abdomen e insinuándose en el hueco pélvico sin acomodarse al mismo por su volumen. Era sólido sensiblemente ovoideo de superficie regularmente lisa indoloro y duro elástico, muy movilizable; fué aceptado a su paso por la consulta externa de nuestro servicio en el Hospital General con el diagnóstico de tumor del ovario izquierdo con pedículo largo señalando con ésto la explicación de una movilidad poco comun. Con el propósito de confirmar el diagnóstico de este tumor asintomático y sin acompañarse de trastornos funcionales de cualesquier aparato o sistema que se considerara, excepto la existencia de pequeñas crisis dolorosas pasajeras sin síntomas claros de aparato digestivo la exploración ginecológica practicada en su oportunidad, nos reveló efectivamente la existencia de un tumor que en el momento de la exploración se encontraba en relación íntima con el cuerpo del útero, que era de un volumen que correspondía a la gran multiparidad de la paciente y que podía de la misma manera que el tumor, cuyos caracteres ya fueron señalados, ser explorado fácilmente al través de una pared anterior extraordinariamente flácida. Siendo así, seguimos nuestra costumbre de buscar un espacio que aquél, pertenezca al ovario. Con tal fin y para comprobar la existencia de la movilidad anormal que se trataba de explicar por un pedículo largo, colocamos a la enferma en Trendelenburg y apoyando nuestra mano sobre el borde y extremo inferior de la cara anterior del tumor, fué rechazado suavemente consiguiendo con ello su movilización inicial y en el momento de ser así, colocado fuera de la pelvis, rápidamente se precipitó hacia las regiones más altas del abdomen viniendo así a colocarse, sin ocultarse espontáneamente, ni insinuarse acaso, por debajo del reborde costal izquierdo. Más que la amplia movilidad, hice notar la rapidez y casi brusquedad del movimiento atribuido claramente a la inclinación de la posición, pues



Radiografía No. 2

Se ven las manos ejerciendo presión sobre hipogastrio que transmitida por el tumor, produce flexión acentuada del útero.



Radiografía No. 3

Se observa la mano desalojando al tumor de la pelvis lo que permite que el útero recupere su posición normal y sin tiramiento de los anexos.

TUMORES DEL ABDOMEN

foto (1) Las láminas 4 y 5 muestran dos aspectos del cistadenoma pseudomucinoso.

Enferma Beatriz Amaro Torres.

2.—Bazo ectópico flotante.—Esplenomegalia simple.—Se trata de un desacierto del diagnóstico topográfico motivado por la ectopia del órgano. En efecto; se trataba de un tumor de los que por su magnitud en el abdomen puede considerarse como de mediano volumen presentándose en enferma de 46 años, de localización permanente en las regiones inferiores del abdomen e insinuándose en el hueco pélvico sin acomodarse al mismo por su volumen. Era sólido sensiblemente ovoideo de superficie regularmente lisa indoloro y duro elástico, muy movilizable; fué aceptado a su paso por la consulta externa de nuestro servicio en el Hospital General con el diagnóstico de tumor del ovario izquierdo con pedículo largo señalando con ésto la explicación de una movilidad poco comun. Con el propósito de confirmar el diagnóstico de este tumor asintomático y sin acompañarse de trastornos funcionales de cualesquier aparato o sistema que se considerara, excepto la existencia de pequeñas crisis dolorosas pasajeras sin síntomas claros de aparato digestivo la exploración ginecológica practicada en su oportunidad, nos reveló efectivamente la existencia de un tumor que en el momento de la exploración se encontraba en relación íntima con el cuerpo del útero, que era de un volumen que correspondía a la gran multiparidad de la paciente y que podía de la misma manera que el tumor, cuyos caracteres ya fueron señalados, ser explorado fácilmente al través de una pared anterior extraordinariamente flácida. Siendo así, seguimos nuestra costumbre de buscar un espacio que aquél, pertenezca al ovario. Con tal fin y para comprobar la existencia de la movilidad anormal que se trataba de explicar por un pedículo largo, colocamos a la enferma en Trendelenburg y apoyando nuestra mano sobre el borde y extremo inferior de la cara anterior del tumor, fué rechazado suavemente consiguiendo con ello su movilización inicial y en el momento de ser así, colocado fuera de la pelvis, rápidamente se precipitó hacia las regiones más altas del abdomen viniendo así a colocarse, sin ocultarse espontáneamente, ni insinuarse acaso, por debajo del reborde costal izquierdo. Más que la amplia movilidad, hice notar la rapidez y casi brusquedad del movimiento atribuido claramente a la inclinación de la posición, pues

era desproporcionado a la muy moderada presión que inició el movimiento y que prácticamente se había hecho cesar, al sentir su desalojamiento de la pelvis. La discrepancia con nuestra colaboración, era en dos puntos primordiales que el tumor no era semisólido o sea quístico multilocular sino francamente sólido compacto y segundo, que una movilización así, tan amplia y brusca, podía ser por independencia del tumor de los órganos genitales internos. Esta aseveración era contrariada por la opinión de uno de nuestros más experimentados compañeros que aseguraba percibir el pedículo largo y grueso que lo sujetaba a la región del anexo izquierdo. Desde entonces, cuantas veces lo pretendimos y sin dolor ni molestia para la enferma, practicamos un verdadero paseo metódico del tumor por toda la cavidad del abdomen sistematizando las posiciones como quedan gráficamente expuestas en las fotografías correspondientes a las láminas 6-7-8-9-10-11 en que se exhibe primero la presión en hipogastrio haciendo desplazar fácilmente al tumor hacia el hipocondrio izquierdo; después la sucesión de posiciones comenzando por el intento, sin lograrlo, de hacer ingresar al tumor por debajo del arco costal hacia la fosa esplénica percibiendo no solo por el volumen, sino cierta resistencia elástica que lo impedían; después hacerlo descender y llevarlo a hipocondrio derecho alcanzando el límite que se observa, claramente frente a la cara inferior del hígado que no permitía un mayor ingreso a su dominio y por último llevado a su sitio de elección que era hipogastrio y hueco pélvico quedando resumidas las posiciones que fácilmente se le confirieron en las láminas 10 y 11, vistas de frente y lateral.

El útero, mientras tanto, nos parecía totalmente ajeno a esos movimientos, aún, después de recuperar la amplitud de los suyos propios, al ser desalojada la pelvis, del tumor. Estos datos nos hicieron negar que el tumor fuere genital y por la amplitud del movimiento que nos parecía *girar al rededor de un centro mediano y subumbilical* y encontrarse *siempre rodeado de una aureola timpánica, aún en los desplazamientos más elevados* pensamos en un tumor raro, por ser sólido, del mesenterio y por ser asintomático sostuvimos que no estaba determinando ni tracciones ni compresiones sobre órganos vecinos, particularmente algún segmento del tubo digestivo.

Para confirmar nuestro pensamiento, recurrimos al examen fluo-

roscópico como lo hemos propuesto y a la visualización del marco cólico, encontramos: 1o.—que el tumor se conservaba siempre por dentro de él y que era rechazado en las porciones correspondientes, cuando llevabamos hacia arriba y los lados, su movilización extrema.

2.—Habiendo encontrado un retardo en la evacuación del ovario en un pequeño segmento del ilion terminal, sospechamos que tuviere con ese segmento, alguna relación íntima pues su rechazamiento hacia la derecha lo acortaba y llevado en el sentido opuesto lo tiraba, aumentaba su longitud y se disponía en una línea recta transversal. Se impresionaron dos placas correspondiendo a este signo que pasarán en el film que vamos a proyectar.

3o.—Asociamos la radioscopia a la práctica de la histerosalpingografía para confirmar nuestra convicción de que no tenía conexiones con el aparato genital y así, al tirar del tumor, pudimos observar que no arrastraba consigo a ninguno de los componentes del aparato genital interno.

La laparotomía nos confirmó el diagnóstico topográfico pero se trataba de un bazo ectópico, afecto de esplenomegalia simple. La ectopia se demuestra como se verá, porque se encontraba debajo de epiplón, por dentro del marco cólico y los vasos esplénicos comprendidos en un pedículo grueso y largo por debajo del colon transversal y dirigido en un sentido sensiblemente paralelo al que siguen los vasos mesentéricos. La cola del páncreas estaba comprendida en el mismo pedículo, libre como los vasos y por consiguiente intraperitoneal; el mesocolon transversal quedaba relativamente lejos, por arriba de él. Foto (2).

La fosa esplénica estaba vacía y no se observaba vestigio de los repliegues peritoneales que sostienen al bazo. El ángulo esplénico, en su disposición anatómica.

En la discusión del diagnóstico, cometimos el error de no dar importancia a la delimitación dudosa o negativa del área esplénica, pero puede explicarse porque teníamos la convicción de que el tumor estaba circunscrito por el marco cólico, porque no reingresaba a la fosa esplénica y porque siendo asintomático, los signos de compresión que se describen como perteneciendo a la movilidad del bazo estaban ausentes.

El examen histopatológico demostró hipertrofia simple del ór-

era desproporcionado a la muy moderada presión que inició el movimiento y que prácticamente se había hecho cesar, al sentir su desalojamiento de la pelvis. La discrepancia con nuestra colaboración, era en dos puntos primordiales que el tumor no era semisólido o sea quístico multilocular sino francamente sólido compacto y segundo, que una movilización así, tan amplia y brusca, podía ser por independencia del tumor de los órganos genitales internos. Esta aseveración era contrariada por la opinión de uno de nuestros más experimentados compañeros que aseguraba percibir el pedículo largo y grueso que lo sujetaba a la región del anexo izquierdo. Desde entonces, cuantas veces lo pretendimos y sin dolor ni molestia para la enferma, practicamos un verdadero paseo metódico del tumor por toda la cavidad del abdomen sistematizando las posiciones como quedan gráficamente expuestas en las fotografías correspondientes a las láminas 6-7-8-9-10-11 en que se exhibe primero la presión en hipogastrio haciendo desplazar fácilmente al tumor hacia el hipocondrio izquierdo; después la sucesión de posiciones comenzando por el intento, sin lograrlo, de hacer ingresar al tumor por debajo del arco costal hacia la fosa esplénica percibiendo no solo por el volumen, sino cierta resistencia elástica que lo impedían; después hacerlo descender y llevarlo a hipocondrio derecho alcanzando el límite que se observa, claramente frente a la cara inferior del hígado que no permitía un mayor ingreso a su dominio y por último llevado a su sitio de elección que era hipogastrio y hueco pélvico quedando resumidas las posiciones que fácilmente se le confirieron en las láminas 10 y 11, vistas de frente y lateral.

El útero, mientras tanto, nos parecía totalmente ajeno a esos movimientos, aún, después de recuperar la amplitud de los suyos propios, al ser desalojada la pelvis, del tumor. Estos datos nos hicieron negar que el tumor fuere genital y por la amplitud del movimiento que nos parecía *girar al rededor de un centro mediano y subumbilical* y encontrarse *siempre rodeado de una aureola timpánica, aún en los desplazamientos más elevados* pensamos en un tumor raro, por ser sólido, del mesenterio y por ser asintomático sostuvimos que no estaba determinando ni tracciones ni compresiones sobre órganos vecinos, particularmente algún segmento del tubo digestivo.

Para confirmar nuestro pensamiento, recurrimos al examen fluo-

roscópico como lo hemos propuesto y a la visualización del marco cólico, encontramos: 1o.—que el tumor se conservaba siempre por dentro de él y que era rechazado en las porciones correspondientes, cuando llevabamos hacia arriba y los lados, su movilización extrema.

2.—Habiendo encontrado un retardo en la evacuación del ovario en un pequeño segmento del ilion terminal, sospechamos que tuviere con ese segmento, alguna relación íntima pues su rechazamiento hacia la derecha lo acortaba y llevado en el sentido opuesto lo tiraba, aumentaba su longitud y se disponía en una línea recta transversal. Se impresionaron dos placas correspondiendo a este signo que pasarán en el film que vamos a proyectar.

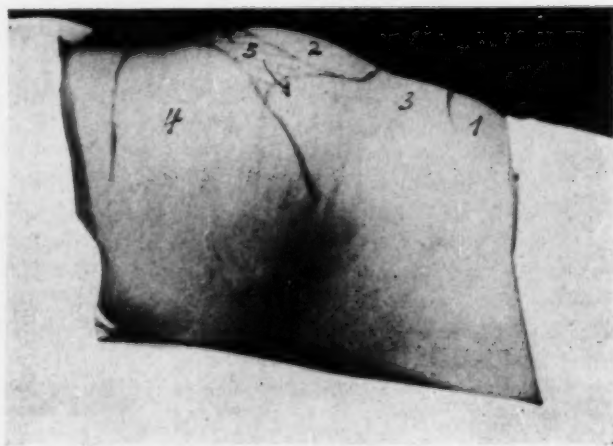
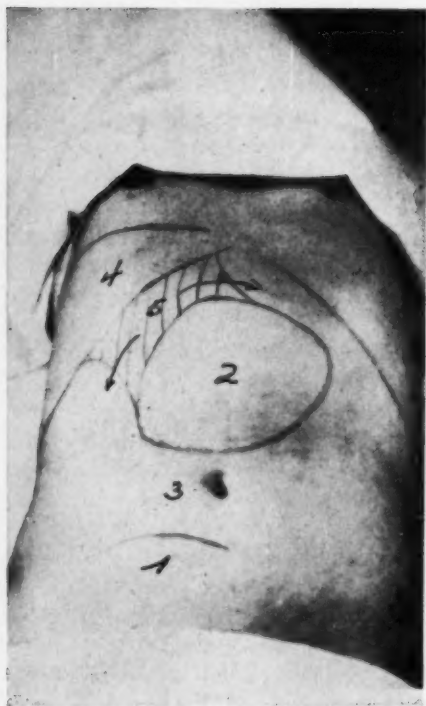
3o.—Asociamos la radioscopia a la práctica de la histerosalpingografía para confirmar nuestra convicción de que no tenía conexiones con el aparato genital y así, al tirar del tumor, pudimos observar que no arrastraba consigo a ninguno de los componentes del aparato genital interno.

La laparotomía nos confirmó el diagnóstico topográfico pero se trataba de un bazo ectópico, afecto de esplenomegalia simple. La ectopia se demuestra como se verá, porque se encontraba debajo de epiplón, por dentro del marco cólico y los vasos esplénicos comprendidos en un pedículo grueso y largo por debajo del colon transversal y dirigido en un sentido sensiblemente paralelo al que siguen los vasos mesentéricos. La cola del páncreas estaba comprendida en el mismo pedículo, libre como los vasos y por consiguiente intraperitoneal; el mesocolon transversal quedaba relativamente lejos, por arriba de él. Foto (2).

La fosa esplénica estaba vacía y no se observaba vestigio de los repliegues peritoneales que sostienen al bazo. El ángulo esplénico, en su disposición anatómica.

En la discusión del diagnóstico, cometimos el error de no dar importancia a la delimitación dudosa o negativa del área esplénica, pero puede explicarse porque teníamos la convicción de que el tumor estaba circunscrito por el marco cólico, porque no reingresaba a la fosa esplénica y porque siendo asintomático, los signos de compresión que se describen como perteneciendo a la movilidad del bazo estaban ausentes.

El examen histopatológico demostró hipertrofia simple del ór-



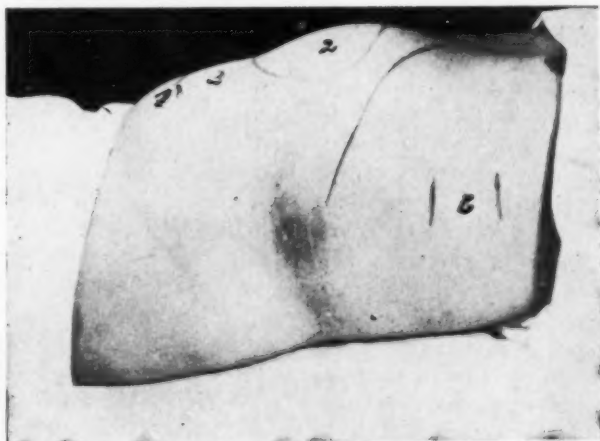
TUMORES DEL ABDOMEN

gano y en la clasificación de esplenomegalias simples, se atribuye en veces a paludismo que sí existía como antecedente; la investigación de hematozooario fué negativa y la biometría no señaló ningún signo en particular.

La esplenectomía siguió un postoperatorio sin incidentes.

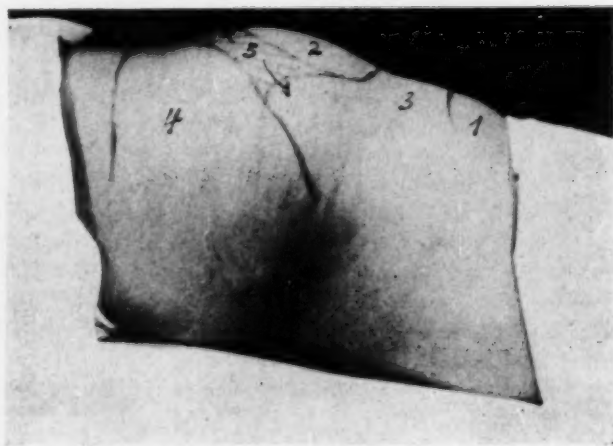
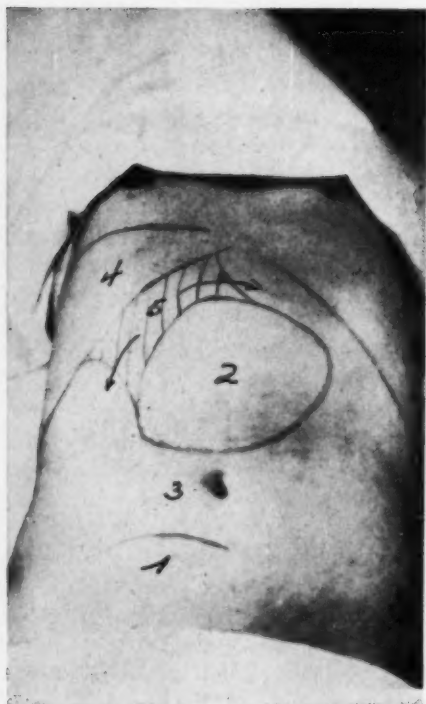
Enferma Cándida Caballero.

3o.—Tumor de epiplón mayor.—Originalmente quistes dermoides del ovario derecho; que probablemente por necrobiosis de su pedículo, en una época remota, fué desprendido e incluido en el epiplón foto (3).—Ausencia de ovario derecho.—Se trataba de un tu-



Guadalupe Martínez. Pab. 14.

mor asintomático en enferma en el climaterio; inconstante en su apreciación para la enferma y el médico.—De topografía variable en todo el campo de la cavidad general del abdomen y en el compartimento superior. Sensiblemente esférico, pequeño como de 8 a 10 cms. de diámetro; cuando se le percibía, era fácil apreciar estos caracteres junto con los de solidez y consistencia dura remitente. Huía muy fácilmente en cualquier sentido. En ocasiones se estaba al acecho sin conseguir observarlo y en otras, en un mecanismo ideado por la enferma



TUMORES DEL ABDOMEN

gano y en la clasificación de esplenomegalias simples, se atribuye en veces a paludismo que sí existía como antecedente; la investigación de hematozooario fué negativa y la biometría no señaló ningún signo en particular.

La esplenectomía siguió un postoperatorio sin incidentes.

Enferma Cándida Caballero.

3o.—Tumor de epiplón mayor.—Originalmente quistes dermoides del ovario derecho; que probablemente por necrobiosis de su pedículo, en una época remota, fué desprendido e incluido en el epiplón foto (3).—Ausencia de ovario derecho.—Se trataba de un tu-



Guadalupe Martínez. Pab. 14.

mor asintomático en enferma en el climaterio; inconstante en su apreciación para la enferma y el médico.—De topografía variable en todo el campo de la cavidad general del abdomen y en el compartimento superior. Sensiblemente esférico, pequeño como de 8 a 10 cms. de diámetro; cuando se le percibía, era fácil apreciar estos caracteres junto con los de solidez y consistencia dura remitente. Huía muy fácilmente en cualquier sentido. En ocasiones se estaba al acecho sin conseguir observarlo y en otras, en un mecanismo ideado por la enferma

que consistía en un movimiento de expiración forzada, en inclinación del tronco hacia delante, hundía el extremo de sus dedos hacia los hipocondrios o hacia la cavidad pélvica y con presiones repetidas obtenía conducirlo a distintos lugares del campo abdominal.

El diagnóstico directo fundados en la movilidad ilimitada, la percepción a pesar de su pequeño volumen en contacto directo con la pared abdominal; el desplazamiento tan suave que calificamos de resbaladizo, insensible y asintomático, nos dió el valor necesario para emitir el diagnóstico preoperatorio de tumor de epiplón pero con el temor de confundir la fácil pérdida del cuerpo físico tumor más que el poderlo ocultar hasta los hipocondrios, la esferoidez, la solidez renitente nos hacía pensar en segundo término en un quiste dermoideo te dermoideo con pedículo muy largo.

En este caso, el diagnóstico topográfico, de ser exactos los datos mencionados, no tenía duda para nosotros referirlo al único órgano que sin perder contacto con la pared blanda, pudiera desplazarse tan suavemente y con una amplitud inigualable; no encontró aplicación buscar sus relaciones con el marco cólico visualizado tanto por las dificultades de hacer presa del tumor cuanto por su pequeño volumen; mientras que ante el temor de confundir movilización, con pérdida del tumor en el campo abdominal y las características que hacían pensar en un quiste dermoideo del ovario agregándose que su hundimiento a la pelvis le hacía ocupar una anteposición al útero, combinamos la histerografía con la insinuación voluntaria previa identificación del tumor, hacia la pelvis y encontramos así un rechazamiento del útero hacia abajo y en anteflexión; Radiografía (2) mientras que su evacuación de la pelvis, permitía la vuelta del útero a su imagen radiográfica sensiblemente normal y sin ninguna deformidad por tiramiento de los órganos visualizados. Radiog. (3) Sin embargo, en segundo término pensábamos en la posibilidad de quiste dermoideo con pedículo muy largo.

La intervención practicada el 25 de marzo de 1949 estableció el diagnóstico post operatorio enunciado.

Enferma Teodora Jiménez.

4.—Carcinoma clínicamente primario del hígado, desarrollado en un lóbulo accesorio de Riedel que coincide con absceso subhepático.

co por perforación de vesícula colecistítica antigua y ulceración por necrosis del propio tumor.—Evolucionando en enferma de 36 años, sin síntomas inflamatorios en la época de su estudio y con antecedente más o menos reciente (de 3 meses) de síndrome agudo doloroso del abdomen, que evolucionó espontáneamente hacia la cronicidad y que interpretamos como correspondiendo a la perforación vesicular.

Se trataba de un tumor voluminoso que a despecho de su verdadero origen, formaba físicamente y al través de la pared abdominal, un cuerpo voluminoso como de 40 cms. de diámetro y por consiguiente ocupando la mayor parte de la cavidad abdominal distendida. Sensiblemente esférico, producía una elevación muy prominente acercándose a la forma de obús, daba la impresión de tocarse su propia superficie al través, tan sólo, de los tegumentos muy adelgazados por la constitución de la enferma y por su distensión. Una red venosa aparente, cubría casi la superficie total de dichos tegumentos. Formaba tal prominencia que aún en decúbito dorsal, cubría en su proyección, al pubis; por arriba del ombligo, solamente se observaba la tensión aumentada de los tegumentos, por debajo, solían percibirse al través de la pared blanda, algunos movimientos peristálticos. La palpación comprobó los datos comprobables de la inspección y percibió la dureza, leñosa; la superficie rugosa y los límites precisos de sus contornos después de recorrer toda su superficie convexa. Por debajo de los arcos costales, permitía la insinuación de los dedos hasta el límite de la tensión ya muy elevada de la pared blanda de esas regiones; a los lados y por debajo, daba la impresión de rodearse de tal manera al tumor, que parecía invitar a tomarlo y enuclearlo como una sandía; se le podía movilizar discretamente en todos sentidos como para describir un círculo, pero era imposible elevarlo de las planos profundos, inaccesibles, que aparentemente se circunscribían a las proporciones de un pedículo profundo en la mitad superior del abdomen. En algunos momentos creíamos sentir animado al tumor de ligero movimiento de trasmisión rítmica de latidos. Aseguré no percibir ningún lazo de unión entre el tumor y los órganos de la pelvis a pesar de la influencia de la opinión de nuestro buen ayudante de la Clínica. La persecución de los contornos del tumor arriba y la derecha, se continuaba sensiblemente con la macidez hepática pero por debajo del arco costal y a partir de 5 cms. aproximadamente del apén-

que consistía en un movimiento de expiración forzada, en inclinación del tronco hacia delante, hundía el extremo de sus dedos hacia los hipocondrios o hacia la cavidad pélvica y con presiones repetidas obtenía conducirlo a distintos lugares del campo abdominal.

El diagnóstico directo fundados en la movilidad ilimitada, la percepción a pesar de su pequeño volumen en contacto directo con la pared abdominal; el desplazamiento tan suave que calificamos de resbaladizo, insensible y asintomático, nos dió el valor necesario para emitir el diagnóstico preoperatorio de tumor de epiplón pero con el temor de confundir la fácil pérdida del cuerpo físico tumor más que el poderlo ocultar hasta los hipocondrios, la esferoidez, la solidez renitente nos hacía pensar en segundo término en un quiste dermoideo te dermoideo con pedículo muy largo.

En este caso, el diagnóstico topográfico, de ser exactos los datos mencionados, no tenía duda para nosotros referirlo al único órgano que sin perder contacto con la pared blanda, pudiera desplazarse tan suavemente y con una amplitud inigualable; no encontró aplicación buscar sus relaciones con el marco cólico visualizado tanto por las dificultades de hacer presa del tumor cuanto por su pequeño volumen; mientras que ante el temor de confundir movilización, con pérdida del tumor en el campo abdominal y las características que hacían pensar en un quiste dermoideo del ovario agregándose que su hundimiento a la pelvis le hacía ocupar una anteposición al útero, combinamos la histerografía con la insinuación voluntaria previa identificación del tumor, hacia la pelvis y encontramos así un rechazamiento del útero hacia abajo y en anteflexión; Radiografía (2) mientras que su evacuación de la pelvis, permitía la vuelta del útero a su imagen radiográfica sensiblemente normal y sin ninguna deformidad por tiramiento de los órganos visualizados. Radiog. (3) Sin embargo, en segundo término pensábamos en la posibilidad de quiste dermoideo con pedículo muy largo.

La intervención practicada el 25 de marzo de 1949 estableció el diagnóstico post operatorio enunciado.

Enferma Teodora Jiménez.

4.—Carcinoma clínicamente primario del hígado, desarrollado en un lóbulo accesorio de Riedel que coincide con absceso subhepático.

co por perforación de vesícula colecistítica antigua y ulceración por necrosis del propio tumor.—Evolucionando en enferma de 36 años, sin síntomas inflamatorios en la época de su estudio y con antecedente más o menos reciente (de 3 meses) de síndrome agudo doloroso del abdomen, que evolucionó espontáneamente hacia la cronicidad y que interpretamos como correspondiendo a la perforación vesicular.

Se trataba de un tumor voluminoso que a despecho de su verdadero origen, formaba físicamente y al través de la pared abdominal, un cuerpo voluminoso como de 40 cms. de diámetro y por consiguiente ocupando la mayor parte de la cavidad abdominal distendida. Sensiblemente esférico, producía una elevación muy prominente acercándose a la forma de obús, daba la impresión de tocarse su propia superficie al través, tan sólo, de los tegumentos muy adelgazados por la constitución de la enferma y por su distensión. Una red venosa aparente, cubría casi la superficie total de dichos tegumentos. Formaba tal prominencia que aún en decúbito dorsal, cubría en su proyección, al pubis; por arriba del ombligo, solamente se observaba la tensión aumentada de los tegumentos, por debajo, solían percibirse al través de la pared blanda, algunos movimientos peristálticos. La palpación comprobó los datos comprobables de la inspección y percibió la dureza, leñosa; la superficie rugosa y los límites precisos de sus contornos después de recorrer toda su superficie convexa. Por debajo de los arcos costales, permitía la insinuación de los dedos hasta el límite de la tensión ya muy elevada de la pared blanda de esas regiones; a los lados y por debajo, daba la impresión de rodearse de tal manera al tumor, que parecía invitar a tomarlo y enuclearlo como una sandía; se le podía movilizar discretamente en todos sentidos como para describir un círculo, pero era imposible elevarlo de las planos profundos, inaccesibles, que aparentemente se circunscribían a las proporciones de un pedículo profundo en la mitad superior del abdomen. En algunos momentos creíamos sentir animado al tumor de ligero movimiento de trasmisión rítmica de latidos. Aseguré no percibir ningún lazo de unión entre el tumor y los órganos de la pelvis a pesar de la influencia de la opinión de nuestro buen ayudante de la Clínica. La persecución de los contornos del tumor arriba y la derecha, se continuaba sensiblemente con la macidez hepática pero por debajo del arco costal y a partir de 5 cms. aproximadamente del apén-

dice xifoide, se encontró tantas veces cuantas se percutió, una línea sonora como de 7 cms. de longitud o sea en una mayor extensión de las relaciones del tumor con dicho arco; en el izquierdo se percibió área de Traube con gran sonoridad y se continuaba sobre la parrilla costal con la propia y exagerada de la cámara de aire del estómago; a los lados, la macidez del tumor cubría toda la extensión del abdomen; por debajo del ombligo en una línea irregularmente oblícuca, pasando como a 6 cms. de dicha cicatriz y de abajo arriba y de derecha a izquierda, se iniciaba la claridad en unas partes más y en otras menos timpánicas que se extendía hasta los límites inferiores de la pared. El límite superior del área hepática normal y la esplénica normal.—

La visualización del colon, señaló su paso, siguiendo aproximadamente la línea oblícuca que marcó la percusión y el estómago, se encontraba rechazado hacia arriba y la izquierda.

Hasta ahora, nos parece inexplicable que la enferma diera tan poca importancia a la gran elevación del abdomen, la conservación de un estado general que no nos parecía compatible con un gran tumor del compartimento superior del abdomen y que a pesar de la edad y tan sólo por el obstáculo mecánico que significaba la presencia del tumor, esta paciente ambulara fácilmente y hasta con cierta agilidad.

El diagnóstico topográfico, colocando al tumor en el compartimento superior, rechazando al estómago arriba y al colon abajo y sobre todo, creyéndolo independiente de un área hepática que era normal, pues así lo demostraban la insinuación de los dos por debajo del arco costal y la línea sonora entre ambas zonas de macidez; por este error explicable solamente porque el hígado se continuaba, (como se verá en el film) en una superficie lisa, que comprendía una parte de su borde, a nivel del lecho hepático de la vesícula, apartado de la parrilla costal y de la cúpula diafragmática debido a la tracción que el tumor ejercía sobre la glándula que conservó sus dimensiones normales, lo atribuimos al páncreas pensando que por la ausencia de fenómenos compresivos sobre vías biliares y tuvo digestivo y la tendencia a pediculizarse, podría corresponder a un tumor tan raro como el fibroadenoma que en la literatura consigna Biondi con las características que aquí creímos encontrar.

TUMORES DEL ABDOMEN

La intervención demostró un gran tumor, foto (4) cuya estructura histopatológica reveló un hepatoma biliar. La localización resultó ser exacta, sus relaciones correspondían a las obtenidas en su estudio clínico. El estómago rechazado arriba y la izquierda y el colon abajo adherido íntimamente pero las relaciones de contigüidad con el hígado resultaban de continuidad pudiendo explorar ahora fácilmente la cara convexa lisa y uniforme de una glándula que conservaba su consistencia y volumen normales. Por hacer completa nuestra exploración hicimos la disección parcial cuidadosa de las adherencias del colon transverso para ingresar al lecho subhepático encontrando con



Cistadenoma del ovario.

verdadera sorpresa, que ahí existía un absceso con perforación de la vesícula y que se encontraban en libertad grandes cálculos pigmentos cálcicos y un tejido de esfuerzo propio del tumor.

La apirexia, la ausencia de los signos más elementales de colangitis, la biometría hemática sin caracteres especiales y la evolución reciente de un síndrome agudo abdominal que espontáneamente evolucionó y rápidamente a la cronicidad son hechos paradójicos.

dice xifoide, se encontró tantas veces cuantas se percutió, una línea sonora como de 7 cms. de longitud o sea en una mayor extensión de las relaciones del tumor con dicho arco; en el izquierdo se percibió área de Traube con gran sonoridad y se continuaba sobre la parrilla costal con la propia y exagerada de la cámara de aire del estómago; a los lados, la macidez del tumor cubría toda la extensión del abdomen; por debajo del ombligo en una línea irregularmente oblícuca, pasando como a 6 cms. de dicha cicatriz y de abajo arriba y de derecha a izquierda, se iniciaba la claridad en unas partes más y en otras menos timpánicas que se extendía hasta los límites inferiores de la pared. El límite superior del área hepática normal y la esplénica normal.—

La visualización del colon, señaló su paso, siguiendo aproximadamente la línea oblícuca que marcó la percusión y el estómago, se encontraba rechazado hacia arriba y la izquierda.

Hasta ahora, nos parece inexplicable que la enferma diera tan poca importancia a la gran elevación del abdomen, la conservación de un estado general que no nos parecía compatible con un gran tumor del compartimento superior del abdomen y que a pesar de la edad y tan sólo por el obstáculo mecánico que significaba la presencia del tumor, esta paciente ambulara fácilmente y hasta con cierta agilidad.

El diagnóstico topográfico, colocando al tumor en el compartimento superior, rechazando al estómago arriba y al colon abajo y sobre todo, creyéndolo independiente de un área hepática que era normal, pues así lo demostraban la insinuación de los dos por debajo del arco costal y la línea sonora entre ambas zonas de macidez; por este error explicable solamente porque el hígado se continuaba, (como se verá en el film) en una superficie lisa, que comprendía una parte de su borde, a nivel del lecho hepático de la vesícula, apartado de la parrilla costal y de la cúpula diafragmática debido a la tracción que el tumor ejercía sobre la glándula que conservó sus dimensiones normales, lo atribuimos al páncreas pensando que por la ausencia de fenómenos compresivos sobre vías biliares y tuvo digestivo y la tendencia a pediculizarse, podría corresponder a un tumor tan raro como el fibroadenoma que en la literatura consigna Biondi con las características que aquí creímos encontrar.

TUMORES DEL ABDOMEN

La intervención demostró un gran tumor, foto (4) cuya estructura histopatológica reveló un hepatoma biliar. La localización resultó ser exacta, sus relaciones correspondían a las obtenidas en su estudio clínico. El estómago rechazado arriba y la izquierda y el colon abajo adherido íntimamente pero las relaciones de contigüidad con el hígado resultaban de continuidad pudiendo explorar ahora fácilmente la cara convexa lisa y uniforme de una glándula que conservaba su consistencia y volumen normales. Por hacer completa nuestra exploración hicimos la disección parcial cuidadosa de las adherencias del colon transverso para ingresar al lecho subhepático encontrando con



Cistadenoma del ovario.

verdadera sorpresa, que ahí existía un absceso con perforación de la vesícula y que se encontraban en libertad grandes cálculos pigmentos cálcicos y un tejido de esfuerzo propio del tumor.

La apirexia, la ausencia de los signos más elementales de colangitis, la biometría hemática sin caracteres especiales y la evolución reciente de un síndrome agudo abdominal que espontáneamente evolucionó y rápidamente a la cronicidad son hechos paradójicos.

La interpretación que nos parece más adecuada al caso es la siguiente: En una paciente afecta de colelitiasis vesicular inconfirmada por mucho tiempo, se produjeron lesiones perivisceríticas adhesivas; la cronicidad y larga duración del padecimiento permitieron la formación de una hipertrofia lenta y progresiva del lecho hépato vesicular que lentamente también se constituye en un lóbulo accesorio conocido con el nombre de Riedel; con pequeñas diferencias en tiempo, un accidente en parte inflamatorio y en parte neoplásico, de la vesícula y del lóbulo respectivamente, crearon una peritonitis crónica circunscrita bien organizada que permitió que la perforación vesicular quizá correspondiendo con el síndrome doloroso que forma el antecedente más o menos reciente y que quedó consignado, que se verificara en la forma clínica y anatomopatológica que se conoce con el nombre de "en vientre protegido". En tal estado de cosas, aun cuando pasando la cronicidad, así se estableció una amenaza para la vida de la enferma probablemente en una muerte súbita por comprender al pedículo hepático razón por la cual nos limitamos a evacuar y practicar un drenaje quirúrgico.—La cancerización inicial o parcial desarrollada en el lóbulo accesorio, permitió que la glándula conservara sus caracteres morfológicos y el desempeño eficiente de sus funciones.

Por último: Caso 5.—Enferma María Molina Archundia.—

5.—Bazo leucémico de gran crecimiento hacia las fosas lumbar e iliaca izquierdas.—Confundido por estimable cirujano con quistes del ovario evolucionando en terreno específico.—Y por nosotros, después, inicialmente con absceso de la fosa lumbar, perinefrítico, en una de sus evoluciones: la abdominal. En seguida, nuestra rectificación, lo fué en el sentido del enunciado gracias al Laboratorio.—La evolución se hacía en mujer joven de 30 años en vida genital desde 6 años antes, normorreica pero en esterilidad primaria.

Las causas de confusión se establecen desde el principio del padecimiento que lo había sido, aparentemente desde hacía 9 meses con un síndrome febril que acompañaba a un ataque catarral de las primeras vías respiratorias y considerado como gripal; después de éste, se sucedieron otros brotes y a ellos se atribuían otros tantos, de fiebre

intermitente de los que, uno era tratado para practicar la intervención necesaria al supuesto tumor ovárico.—Confiada a nuestro Servicio en el Hospital General, y para tal fin, negamos a su ingreso que fuera tributaria de esa cirugía.—Los datos más salientes que por interrogatorio nos hicieron desconfiar de la naturaleza del tumor fueron: El síndrome febril con estado gripal, en verdad se había finiquitado aproximadamente en 2 semanas; los supuestos nuevos brotes ya no lo eran (.....) sino formaban una sucesión intermitente, controlada una veces con el termómetro y Predominaban síntomas digestivos, ésto, a partir de hacía 5 meses Sensación de vacío epigástrico, eructos y meteorismo sin ser modificado éste último con la evacuación diaria de intestino. El vacío epigástrico se convertía en veces en dolor por la ingestión de alimentos y para evitarlo a la supresión voluntaria del alimento siguió anorexia. La fiebre ya era precedida de calofrío intenso y seguida de sudoración abundante.—Poco tiempo después un médico le advierte que encuentra un tumor en su vientre del que probablemente debía ser operada y lo calificó de quiste. Desde hacía tres meses ella percibe empastamiento difuso en su hemiabdomen izquierdo y un dolor intenso lancinante en la fosa lumbar izquierda constante desde entonces y exquisitamente doloroso por su propia palpación.

Estos datos ya nos orientaban a nuestro error inicial que se produjo por los siguientes datos topográficos: 1.—Tumor grande renitente que ocupaba las fosas ilíaca y lumbar izquierdas con límite superior difuso, hacia el flanco.—2.—Saliente con sensación de renitencia en la fosa lumbar y *dolor exquisito* persistente siempre que se le palpó; la enferma evitaba todo contacto con esta región y *único punto doloroso*.—foto (5) 3.—A la exploración ginecológica, a pesar de su volumen, era muy difícil alcanzar al tumor y más circunscribirlo a la palpación bimanual pues ya se dijo que el límite superior era difuso. 4.—El tumor lumboabdominal, con fiebre que clasificábamos de piohémica, si no daba signos de irritación peritoneal, menos de inflamación.—5.—Así supusimos colección purulenta retroperitoneal y nos apoyaba, la falta de surco de separación entre el tumor y la cresta y espina ilíacas correspondientes. ESTABLECIENDO ASI EL DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO.—6.—El límite antero interno que se acercaba a la línea media era distinto a la palpación y a la percu-

La interpretación que nos parece más adecuada al caso es la siguiente: En una paciente afecta de colelitiasis vesicular inconfirmada por mucho tiempo, se produjeron lesiones perivisceríticas adhesivas; la cronicidad y larga duración del padecimiento permitieron la formación de una hipertrofia lenta y progresiva del lecho hépato vesicular que lentamente también se constituye en un lóbulo accesorio conocido con el nombre de Riedel; con pequeñas diferencias en tiempo, un accidente en parte inflamatorio y en parte neoplásico, de la vesícula y del lóbulo respectivamente, crearon una peritonitis crónica circunscrita bien organizada que permitió que la perforación vesicular quizá correspondiendo con el síndrome doloroso que forma el antecedente más o menos reciente y que quedó consignado, que se verificara en la forma clínica y anatomopatológica que se conoce con el nombre de "en vientre protegido". En tal estado de cosas, aun cuando pasando la cronicidad, así se estableció una amenaza para la vida de la enferma probablemente en una muerte súbita por comprender al pedículo hepático razón por la cual nos limitamos a evacuar y practicar un drenaje quirúrgico.—La cancerización inicial o parcial desarrollada en el lóbulo accesorio, permitió que la glándula conservara sus caracteres morfológicos y el desempeño eficiente de sus funciones.

Por último: Caso 5.—Enferma María Molina Archundia.—

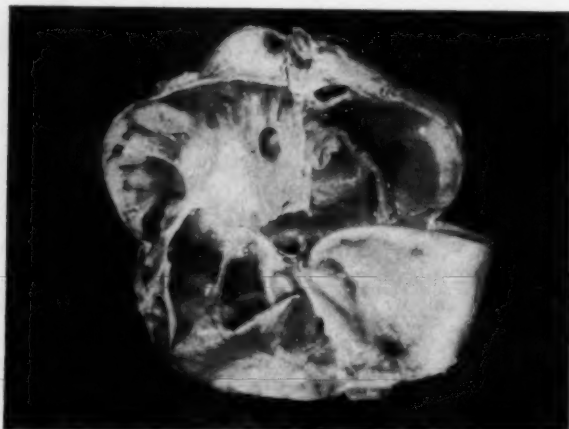
5.—Bazo leucémico de gran crecimiento hacia las fosas lumbar e iliaca izquierdas.—Confundido por estimable cirujano con quistes del ovario evolucionando en terreno específico.—Y por nosotros, después, inicialmente con absceso de la fosa lumbar, perinefrítico, en una de sus evoluciones: la abdominal. En seguida, nuestra rectificación, lo fué en el sentido del enunciado gracias al Laboratorio.—La evolución se hacía en mujer joven de 30 años en vida genital desde 6 años antes, normorreica pero en esterilidad primaria.

Las causas de confusión se establecen desde el principio del padecimiento que lo había sido, aparentemente desde hacía 9 meses con un síndrome febril que acompañaba a un ataque catarral de las primeras vías respiratorias y considerado como gripal; después de éste, se sucedieron otros brotes y a ellos se atribuían otros tantos, de fiebre

intermitente de los que, uno era tratado para practicar la intervención necesaria al supuesto tumor ovárico.—Confiada a nuestro Servicio en el Hospital General, y para tal fin, negamos a su ingreso que fuera tributaria de esa cirugía.—Los datos más salientes que por interrogatorio nos hicieron desconfiar de la naturaleza del tumor fueron: El síndrome febril con estado gripal, en verdad se había finiquitado aproximadamente en 2 semanas; los supuestos nuevos brotes ya no lo eran (.....) sino formaban una sucesión intermitente, controlada una veces con el termómetro y Predominaban síntomas digestivos, ésto, a partir de hacía 5 meses Sensación de vacío epigástrico, eructos y meteorismo sin ser modificado éste último con la evacuación diaria de intestino. El vacío epigástrico se convertía en veces en dolor por la ingestión de alimentos y para evitarlo a la supresión voluntaria del alimento siguió anorexia. La fiebre ya era precedida de calofrío intenso y seguida de sudoración abundante.—Poco tiempo después un médico le advierte que encuentra un tumor en su vientre del que probablemente debía ser operada y lo calificó de quiste. Desde hacía tres meses ella percibe empastamiento difuso en su hemiabdomen izquierdo y un dolor intenso lancinante en la fosa lumbar izquierda constante desde entonces y exquisitamente doloroso por su propia palpación.

Estos datos ya nos orientaban a nuestro error inicial que se produjo por los siguientes datos topográficos: 1.—Tumor grande renitente que ocupaba las fosas ilíaca y lumbar izquierdas con límite superior difuso, hacia el flanco.—2.—Saliente con sensación de renitencia en la fosa lumbar y *dolor exquisito* persistente siempre que se le palpó; la enferma evitaba todo contacto con esta región y *único punto doloroso*.—foto (5) 3.—A la exploración ginecológica, a pesar de su volumen, era muy difícil alcanzar al tumor y más circunscribirlo a la palpación bimanual pues ya se dijo que el límite superior era difuso. 4.—El tumor lumboabdominal, con fiebre que clasificábamos de piohémica, si no daba signos de irritación peritoneal, menos de inflamación.—5.—Así supusimos colección purulenta retroperitoneal y nos apoyaba, la falta de surco de separación entre el tumor y la cresta y espina ilíacas correspondientes. ESTABLECIENDO ASI EL DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO.—6.—El límite antero interno que se acercaba a la línea media era distinto a la palpación y a la percu-

sión; eran dos líneas paralelas separadas por una faja como de 5 cms; la anterior correspondía a la palpación y la posterior a la percusión. El borde era redondeado y elástico y el límite a la percusión lo dábamos en el principio de la submacicez. Las líneas tendían a unirse a partir del borde costal en su intersección con la línea axilar. Separadas llegaban cerca del ombligo y descendían así hacia el pliegue inguinal del mismo lado describiendo una convexidad interna 7.—*La palpación, la percusión y la auscultación no encontraron nada anormal en el tórax.*—8.—La excursión de los movimientos respiratorios era amplia y no transmitían ningún movimiento al tumor.—8.—La



Cistadenoma de Guadalupe Martínez.

visualización del colon demostró un gran rechazamiento del colon descendente y asa omega hasta la mitad derecha del abdomen.—

Al terminar precisamente nuestra radioscopia satisfechos de haber localizado una gran colección profunda subperitoneal nos fué entregado el primer reporte que acusó una imagen leucémica mieloide. Discutida en detalle dicha imagen y comparada con la clasificación correspondiente de Kolmer, una pequeña luz de esperanza, nos hacía descubrir alguna semejanza de sus caracteres con algunas reacciones leucemoides debidas a procesos infecciosos graves y prolonga-

TUMORES DEL ABDOMEN



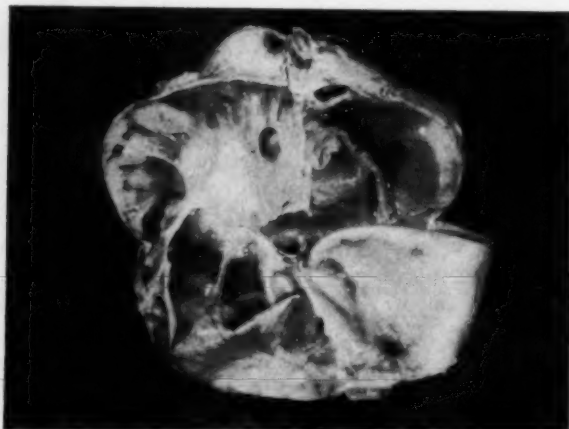
Guadalupe Martínez.

dos y enunciando consecuentemente nuestro diagnóstico y apoyo de esta posibilidad, desbridamos, para explorar, la fosa lumbar exactamente sobre el punto doloroso exquisito. Llegamos hasta la pared peritoneal que abombaba tan notablemente, que a pesar de la profundidad de la región y la pequeña incisión, en el film podrá verse inmediatamente en la brecha pequeña del peritoneo foto (6) el ascenso y descenso de la pared del bazo que no habíamos percibido sin que nada se interpusiera, satisfaciendo así al menos el diagnóstico topográfico de tumor de las fosas ilíaca y lumbar derechas al través de la cual ahora abombada y dolía exquisitamente un bazo leucémico de crecimiento poco común, retrocolónico.

RESUMEN Y COMENTARIO FINAL.

- 1.—Se hace notar la trascendencia del diagnóstico anatomotopográfico en el diagnóstico íntegro de los tumores intraabdominales.—Se mencionan 5 casos de diagnóstico difícil.
- 2.—Se propone el estudio radioscópico y radiográfico del marco cólico como formando parte integrante de la clínica.
- 3.—De los cinco casos que aquí se consideran solamente para el propósito de este trabajo, en 2, el diagnóstico topográfico

sión; eran dos líneas paralelas separadas por una faja como de 5 cms; la anterior correspondía a la palpación y la posterior a la percusión. El borde era redondeado y elástico y el límite a la percusión lo dábamos en el principio de la submacicez. Las líneas tendían a unirse a partir del borde costal en su intersección con la línea axilar. Separadas llegaban cerca del ombligo y descendían así hacia el pliegue inguinal del mismo lado describiendo una convexidad interna 7.—*La palpación, la percusión y la auscultación no encontraron nada anormal en el tórax.*—8.—La excursión de los movimientos respiratorios era amplia y no transmitían ningún movimiento al tumor.—8.—La



Cistadenoma de Guadalupe Martínez.

visualización del colon demostró un gran rechazamiento del colon descendente y asa omega hasta la mitad derecha del abdomen.—

Al terminar precisamente nuestra radioscopia satisfechos de haber localizado una gran colección profunda subperitoneal nos fué entregado el primer reporte que acusó una imagen leucémica mieloides. Discutida en detalle dicha imagen y comparada con la clasificación correspondiente de Kolmer, una pequeña luz de esperanza, nos hacía descubrir alguna semejanza de sus caracteres con algunas reacciones leucemoides debidas a procesos infecciosos graves y prolonga-

TUMORES DEL ABDOMEN



Guadalupe Martínez.

dos y enunciando consecuentemente nuestro diagnóstico y apoyo de esta posibilidad, desbridamos, para explorar, la fosa lumbar exactamente sobre el punto doloroso exquisito. Llegamos hasta la pared peritoneal que abombaba tan notablemente, que a pesar de la profundidad de la región y la pequeña incisión, en el film podrá verse inmediatamente en la brecha pequeña del peritoneo foto (6) el ascenso y descenso de la pared del bazo que no habíamos percibido sin que nada se interpusiera, satisfaciendo así al menos el diagnóstico topográfico de tumor de las fosas ilíaca y lumbar derechas al través de la cual ahora abombada y dolía exquisitamente un bazo leucémico de crecimiento poco común, retrocolónico.

RESUMEN Y COMENTARIO FINAL.

- 1.—Se hace notar la trascendencia del diagnóstico anatomotopográfico en el diagnóstico íntegro de los tumores intraabdominales.—Se mencionan 5 casos de diagnóstico difícil.
- 2.—Se propone el estudio radioscópico y radiográfico del marco cólico como formando parte integrante de la clínica.
- 3.—De los cinco casos que aquí se consideran solamente para el propósito de este trabajo, en 2, el diagnóstico topográfico

fué decisivo. En los otros tres, a pesar de que éste diagnóstico fué exacto, el desacierto debe atribuirse a la inconstancia y por consiguiente inconsistencia de la nosología tomada y aplicada como "premisa universal" en nuestro razonamiento.

- 4.—Abandonar el diagnóstico sistemáticamente a la exploración armada incluyendo a la peritoneoscopia, seguramente aplicable a los más de los casos y al chequeo de las pruebas de laboratorio, atrofiarían nuestro sentido clínico y desviarían el verdadero propósito de una hermosa disciplina que es el arte de la medicina.

TUMORES DEL ABDOMEN



Beatriz Amaro.



Beatriz Amaro.

fué decisivo. En los otros tres, a pesar de que éste diagnóstico fué exacto, el desacierto debe atribuirse a la inconstancia y por consiguiente inconsistencia de la nosología tomada y aplicada como "premisa universal" en nuestro razonamiento.

- 4.—Abandonar el diagnóstico sistemáticamente a la exploración armada incluyendo a la peritoneoscopia, seguramente aplicable a los más de los casos y al chequeo de las pruebas de laboratorio, atrofiarían nuestro sentido clínico y desviarían el verdadero propósito de una hermosa disciplina que es el arte de la medicina.

TUMORES DEL ABDOMEN



Peatriz Amaro.

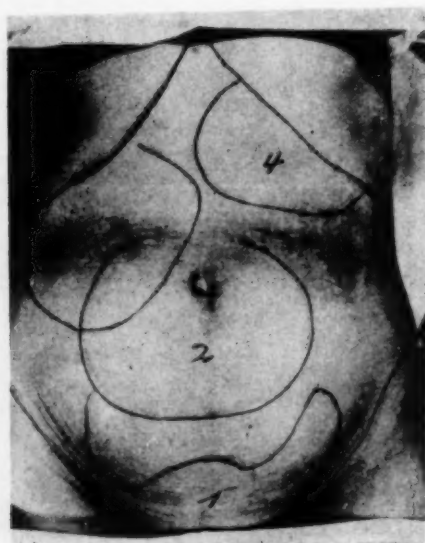


Beatriz Amaro.

DR. GENARO ZENTENO G.

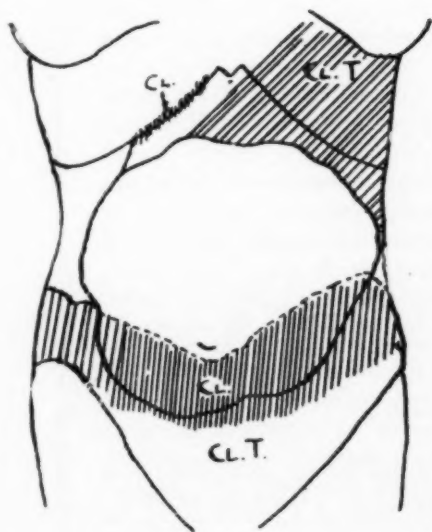
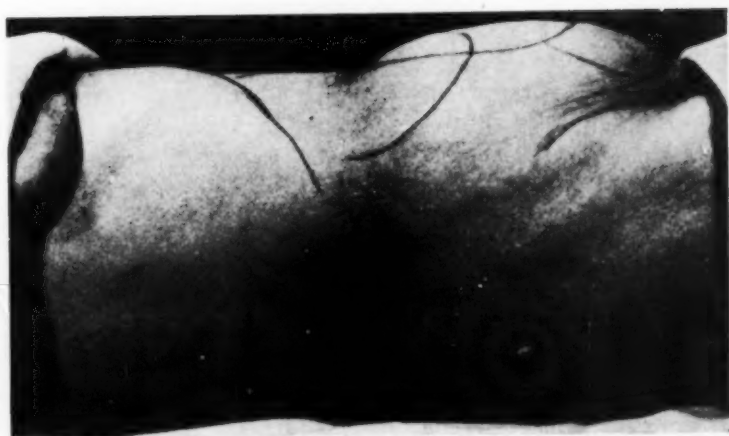


Beatriz Amaro.

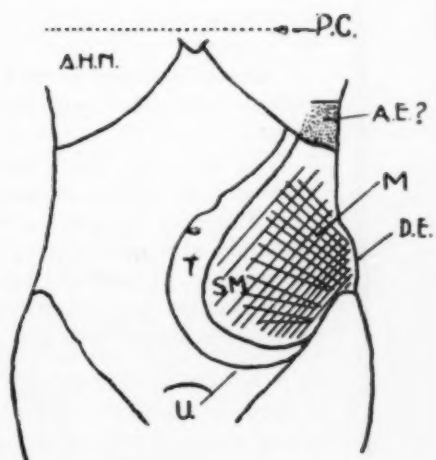


Beatriz Amaro.

TUMORES DEL ABDOMEN



CIRUJANOS

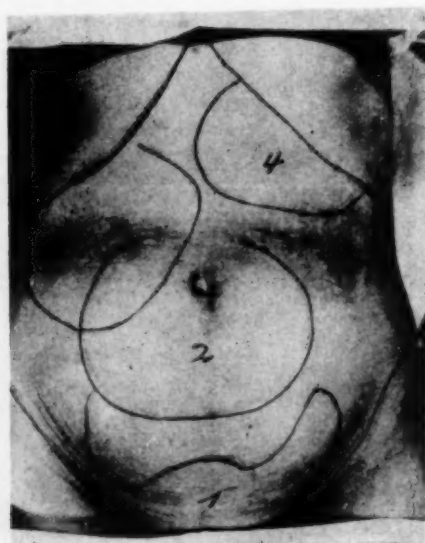


453

DR. GENARO ZENTENO G.

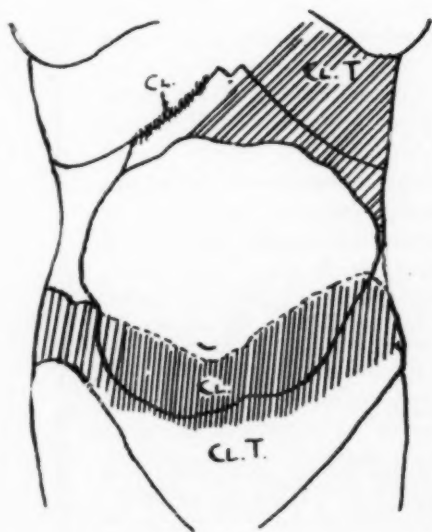


Beatriz Amaro.

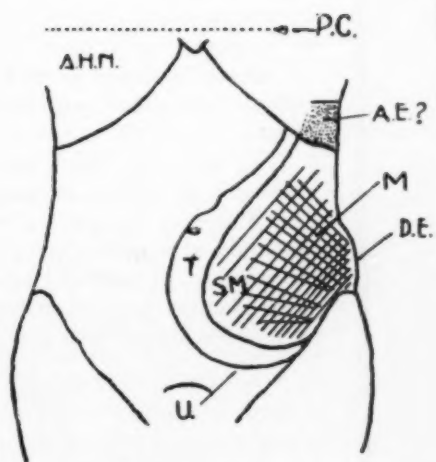


Beatriz Amaro.

TUMORES DEL ABDOMEN



CIRUJANOS



453

Tumores de Hígado

El cáncer primario, es *masivo*.—

Hepatomegalia cuyo límite alto se reconoce a la percusión; el borde inferior rebasa el arco costal que “aumenta diariamente” al mismo tiempo abomba el hipocondrio comprendiendo la parrilla costal.—

Adquiere el *signo de Gilbert*: *Hígado inmovilizado*. No se desplaza ni por palpación ni movimientos amplios del diafragma.

Hígado liso y regular tanto en superficie como el borde inferior. (En el secundario hay nudosidades.) Consistencia leñosa.

Se acompaña de dilataciones venosas subcutáneas a nivel del tumor.

Radiológicamente está fijo y ensanchado y el límite superior desproporcionadamente elevado.—*Signo de Strong y Pitts*.

El *adenoma* del hígado, excepcionalmente se pediculiza y alcanza el tamaño de una cabeza de niño.

Rápido y progresivo crecimiento del hígado repercusión profunda al estado general, caquexia en 3 ó 4 meses. Ictericia posible y tardía; Christopher difiere al señalar ascitis como síntoma que los demás autores consideran de excepción en el adenocáncer con cirrosis.

Tumor de vesícula.

Las neoplasias de vesícula biliar excepcionalmente son benignas; lo común es que sean malignas y de ellas, el epiteloma.—El sarcoma es una excepción.

Se asocian frecuentemente a litiasis. En su principio no da tumor sino empastamiento, que avanza conforme se transforma en cáncer invasor. La ictericia obstructiva y la ascitis preponderan por comprensión portal en la etapa final.

Por el contrario, el hidrocolecisto, *tumor clínico* vesicular "ribo", es litiásico o sintomático del cáncer pancreático ó de las vías biliares. Es ovoideo, su límite convexo hacia abajo, se encuentra interrumpido por el arco costal; es renitente, no pierde contacto con la pared anterior del abdomen y sigue los movimientos del diafragma y si se moviliza, es lateralmente.

TUMORES DE ESTOMAGO

Las neoplasias de estómago, son malignas casi constantemente y es el epiteloma el más frecuente y no dan "tumor clínico" de abdomen en su principio; dan plastrón y los signos correspondientes a los trastornos de evacuación del órgano.

El sarcoma muy raro y las neoplasias benignas también muy raras, la literatura las señala en su forma pura y en su transformación quística, como constituyendo tumores que se desarrollan: al través de las hojas del epiplón gastro esplénico hacia hipocondrio izquierdo; separando las hojas del gastrohepático, hacia el epigastrio y de entre las del gastrocólico, avanzando hacia la gran cavidad pueden llegar hasta el pubis. *Son formas que no se acompañan de trastornos funcionales por lo que establecen el problema diagnóstico.*

El conocimiento de esta circunstancia, *debe tenerse presente para estar al acecho de su hallazgo.*

TUMORES DE PANCREAS

Las neoplasias malignas, son epiteloma en su mayoría; son de la cabeza y es común que no dé tumor, sino induración profunda y cuando lo dan, es *esferoidal* de 6 a 15 cms. de diámetro, es abollado y *paramediano* derecho; trasmite los latidos aórticos. *No se desplaza o apenas, con los movimientos respiratorios. Su matidez se encuentra entre dos sonoridades la del estómago arriba y la izquierda y la del colon abajo.*

Tumores de Hígado

El cáncer primario, es *masivo*.—

Hepatomegalia cuyo límite alto se reconoce a la percusión; el borde inferior rebasa el arco costal que “aumenta diariamente” al mismo tiempo abomba el hipocondrio comprendiendo la parrilla costal.—

Adquiere el *signo de Gilbert*: *Hígado inmovilizado*. No se desplaza ni por palpación ni movimientos amplios del diafragma.

Hígado liso y regular tanto en superficie como el borde inferior. (En el secundario hay nudosidades.) Consistencia leñosa.

Se acompaña de dilataciones venosas subcutáneas a nivel del tumor.

Radiológicamente está fijo y ensanchado y el límite superior desproporcionadamente elevado.—*Signo de Strong y Pitts*.

El *adenoma* del hígado, excepcionalmente se pediculiza y alcanza el tamaño de una cabeza de niño.

Rápido y progresivo crecimiento del hígado repercusión profunda al estado general, caquexia en 3 ó 4 meses. Ictericia posible y tardía; Christopher difiere al señalar ascitis como síntoma que los demás autores consideran de excepción en el adenocáncer con cirrosis.

Tumor de vesícula.

Las neoplasias de vesícula biliar excepcionalmente son benignas; lo común es que sean malignas y de ellas, el epiteloma.—El sarcoma es una excepción.

Se asocian frecuentemente a litiasis. En su principio no da tumor sino empastamiento, que avanza conforme se transforma en cáncer invasor. La ictericia obstructiva y la ascitis preponderan por comprensión portal en la etapa final.

Por el contrario, el hidrocolecisto, *tumor clínico* vesicular "ribo", es litiásico o sintomático del cáncer pancreático ó de las vías biliares. Es ovoideo, su límite convexo hacia abajo, se encuentra interrumpido por el arco costal; es renitente, no pierde contacto con la pared anterior del abdomen y sigue los movimientos del diafragma y si se moviliza, es lateralmente.

TUMORES DE ESTOMAGO

Las neoplasias de estómago, son malignas casi constantemente y es el epiteloma el más frecuente y no dan "tumor clínico" de abdomen en su principio; dan plastrón y los signos correspondientes a los trastornos de evacuación del órgano.

El sarcoma muy raro y las neoplasias benignas también muy raras, la literatura las señala en su forma pura y en su transformación quística, como constituyendo tumores que se desarrollan: al través de las hojas del epiplón gastro esplénico hacia hipocondrio izquierdo; separando las hojas del gastrohepático, hacia el epigastrio y de entre las del gastrocólico, avanzando hacia la gran cavidad pueden llegar hasta el pubis. *Son formas que no se acompañan de trastornos funcionales por lo que establecen el problema diagnóstico.*

El conocimiento de esta circunstancia, *debe tenerse presente para estar al acecho de su hallazgo.*

TUMORES DE PANCREAS

Las neoplasias malignas, son epiteloma en su mayoría; son de la cabeza y es común que no dé tumor, sino induración profunda y cuando lo dan, es *esferoidal* de 6 a 15 cms. de diámetro, es abollado y *paramediano* derecho; trasmite los latidos aórticos. *No se desplaza o apenas, con los movimientos respiratorios. Su matidez se encuentra entre dos sonoridades la del estómago arriba y la izquierda y la del colon abajo.*

Y una 2a. tumoración más aparente, arriba que corresponde a vesícula.

Existen excepciones muy contadas como el fibroadenoma de Biondi, que fué pediculado y permitió su extirpación y curación.

1o.—Cuando es de la superficie del órgano, el tumor es bien manifiesto y no hay signos asociados.

2o.—Si el origen es profundo, es “induración” y se acompaña de fenómenos compresivos, solares y de las vías excretas del páncreas.

3o.—Si es yuxtavateriano: el tumor vesicular y la ictericia son muy marcados.

4o.—Si es total, es duro a la palpación y sonoro a la percusión.

El quiste y el pseudoquiste, sí dan constantemente tumor. La localización más frecuente es en hipocondrio izquierdo, menos frecuente en epigastrio y más raramente en hipocondrio derecho.

El enfermo adelgazado proporciona tumor esferoidal, liso y más o menos preciso, inmóvil, mate “entre dos sonoridades”.

Cuando es de hipocondrio, llega al borde costal, puede dar peloteo lumbar moderado y la matidez desaparece por insuflación de estómago y colon.

Cuando es de epigastrio, transmite latidos aórticos. Cuando raro, de hipocondrio derecho. La sonoridad del colon, lo separa del hígado.

TUMORES DEL BAZO

La tendencia del bazo en todos sus padecimientos, es a crecer uniformemente.

Cuando permanece por debajo de la pared costal no es accesible más que por la limitación propedéutica del área esplénica.

Por excepción sólo crece el polo superior; el Tumor es torácico y puede observarse un ensanchamiento hasta el pezón.

El tumor es abdominal, hasta que el bazo adquiere dos veces su volumen normal y desde entonces es ovoídeo, duro permanece en contacto de la pared anterior del abdomen; descien- de abajo y adelante y su límite es preciso; *el borde anterior cor- tante y la escotadura, son distintivos*; es libre móvil y se pro- duce el peloteo esplénico más amplio que el renal.

En el sarcoma, se hace globoso giboso y prominente y da tal sensación de renitencia que obliga a practicar punción que es negativa.

El *cáncer primitivo*, puesto en duda; la *enfermedad de Gucher*, es interpretada sólo por algunos autores como *epitelio- ma primitivo*, produce hipertrofia regular y total, sin nudosi- dades, sin ascitis; pequeña hepatomegalia y linfadenopatía. El *cáncer secundario* hipertrofia generalizada pero con *núcleos ais- lados y confluentes*.

Los quistes, no parasitarios y el hidaídico, son raros y sí deforman al bazo hasta ser confundidos con tumores quísticos de ovario.

TUMORES DE INTESTINO

Las neoplasias del tracto intestinal, comprendiendo grueso y delgado, son como en el resto del tubo digestivo, rara vez be- nignas. Comúnmente malignas, su incidencia disminuye desde duodeno y yeyuno y aumenta de íleon hacia el colon y recto.

En intestino delgado, son excepcionales adenoma, lipoma, etc. que dan tumor cundo son de evolución subserosa y es vo- luminoso enmarcado por el colon.

Es más fácil su evolución submucosa y en tal caso, consti- tuyen problemas de tránsito intestinal pues producen obstruc- ción estenosis o invaginación.

Malignos:

El epiteloma, es de nódulos múltiples y siempre *estenosante, no da "tumor"*.

El *sarcoma*, el intestino delgado, es el único, que señala la literatura como produciendo dilatación del asa intesti- nal afectada. Puede ser *circunscrito o difuso, da tumor volumi- noso abullonado elástico indoloro y móvil por algún tiempo; en*

Y una 2a. tumoración más aparente, arriba que corresponde a vesícula.

Existen excepciones muy contadas como el fibroadenoma de Biondi, que fué pediculado y permitió su extirpación y curación.

1o.—Cuando es de la superficie del órgano, el tumor es bien manifiesto y no hay signos asociados.

2o.—Si el origen es profundo, es “induración” y se acompaña de fenómenos compresivos, solares y de las vías excretas del páncreas.

3o.—Si es yuxtavateriano: el tumor vesicular y la ictericia son muy marcados.

4o.—Si es total, es duro a la palpación y sonoro a la percusión.

El quiste y el pseudoquiste, sí dan constantemente tumor. La localización más frecuente es en hipocondrio izquierdo, menos frecuente en epigastrio y más raramente en hipocondrio derecho.

El enfermo adelgazado proporciona tumor esferoidal, liso y más o menos preciso, inmóvil, mate “entre dos sonoridades”.

Cuando es de hipocondrio, llega al borde costal, puede dar peloteo lumbar moderado y la matidez desaparece por insuflación de estómago y colon.

Cuando es de epigastrio, transmite latidos aórticos. Cuando raro, de hipocondrio derecho. La sonoridad del colon, lo separa del hígado.

TUMORES DEL BAZO

La tendencia del bazo en todos sus padecimientos, es a crecer uniformemente.

Cuando permanece por debajo de la pared costal no es accesible más que por la limitación propedéutica del área esplénica.

Por excepción sólo crece el polo superior; el Tumor es torácico y puede observarse un ensanchamiento hasta el pezón.

El tumor es abdominal, hasta que el bazo adquiere dos veces su volumen normal y desde entonces es ovoideo, duro permanece en contacto de la pared anterior del abdomen; descien- de abajo y adelante y su límite es preciso; *el borde anterior cor- tante y la escotadura, son distintivos*; es libre móvil y se pro- duce el peloteo esplénico más amplio que el renal.

En el sarcoma, se hace globoso giboso y prominente y da tal sensación de renitencia que obliga a practicar punción que es negativa.

El *cáncer primitivo*, puesto en duda; la *enfermedad de Gucher*, es interpretada sólo por algunos autores como *epitelio- ma primitivo*, produce hipertrofia regular y total, sin nudosi- dades, sin ascitis; pequeña hepatomegalia y linfadenopatía. El *cáncer secundario* hipertrofia generalizada pero con *núcleos ais- lados y confluentes*.

Los quistes, no parasitarios y el hidaídico, son raros y sí deforman al bazo hasta ser confundidos con tumores quísticos de ovario.

TUMORES DE INTESTINO

Las neoplasias del tracto intestinal, comprendiendo grueso y delgado, son como en el resto del tubo digestivo, rara vez be- nignas. Comúnmente malignas, su incidencia disminuye desde duodeno y yeyuno y aumenta de íleon hacia el colon y recto.

En intestino delgado, son excepcionales adenoma, lipoma, etc. que dan tumor cuando son de evolución subserosa y es vo- luminoso enmarcado por el colon.

Es más fácil su evolución submucosa y en tal caso, consti- tuyen problemas de tránsito intestinal pues producen obstruc- ción estenosis o invaginación.

Malignos:

El epiteloma, es de nódulos múltiples y siempre *estenotante, no da "tumor"*.

El *sarcoma*, el intestino delgado, es el único, que señala la literatura como produciendo dilatación del asa intesti- nal afectada. Puede ser *circunscrito o difuso, da tumor volumi- noso abullonado elástico indoloro y móvil por algún tiempo; en*

el niño la *evolución* es muy rápida y la *fiebre* y *caquexia* son *constantes*.

En ciego.—El cáncer comprende a la válvula y al ilion y se extiende hacia el ascendente; la rigidez de la válvula expone a la invaginación y el tumor es voluminoso.

A diferencia de los del resto de colon, *no es estenosante aún cuando al principio en la válvula puede producirse oclusión completa que se permeabiliza por ulceración.*

El tumor es *bien circunscrito*, principalmente en su límite externo; *alargado abullonado, difuso en su límite interno; es móvil y puede serlo ampliamente* hacia hipocondrio, epigastrio y fosa del lado contrario.

Pronto se complica de perivisceritis y absesos pericceales.

La tuberculosis del ciego en su forma fibro adiposa, hipertrófica, da tumor que comparte los mismos caracteres del cáncer.

TUMORES DEL COLON

Después del ciego, el cáncer es estenosante; el tumor se aprecia como irregular y voluminoso solamente en su localización es ascendente y del ángulo hepático. En el resto del colon, la estenosis es producida por la forma en manguito. Puede apreciarse profundamente en los segmentos fijos y menos difícilmente en los móviles pero es difícil localizarlo y el accidente oclusivo lo descubre.

El diagnóstico oportuno lo dan los trastornos intestinales.

El de estado, lo da el hallazgo del + tumor.

El tardío, el accidente oclusivo.

TUMORES DEL MESENTERIO

Se dividen en quísticos y sólidos.

Los quísticos, comprenden un grupo heterogéneo por su origen; *congénitos* en verdad, se desarrollan con el aspecto de una *formación simple serosa* a la que se le atribuye estructura linfática.

Otras, son transformación de quiste hidatídico. Otra forma, es vascular, pero cuando el nombre sugiere la composición

de un tejido de esa naturaleza, corresponden más bien a hematomas accidentales de un quiste seroso o traumático o esencial.

Por relaciones embrionarias del mesenterio se conocen variedades debidas a inclusiones del para-ovario, del páncreas y divertículos del intestino delgado.

Los tumores sólidos generalmente benignos, se desarrollan en la base de implantación del mesenterio.

El tumor quístico, se sitúa cerca del ombligo y es paramediano. Sensiblemente esférico tamaño mediano 15 cms. aprox., a 20 cms. Es muy móvil lateralmente y desplazable hacia arriba en la posición Trendelenburg, hasta desaparecer por debajo de las costillas.

El tumor sólido, es muy voluminoso hasta ocupar toda la capacidad del abdomen, rechaza al intestino y tiene tendencia a ascender al tórax rechazando al diafragma signo de Wighesworth. Se acompaña de síndromos digestivo y doloroso.

TUMORES PRIMARIOS DEL PERITONEO

Los tumores primarios del peritoneo aunque raros, se observan, benignos o malignos.

Benignos: Sólidos: fibroma y lipoma.

Quísticos: seroso, quiloso, vasculares dermoide.

Tienen su origen en restos embrionarios subperitoneales o en los órganos que lo ocupan o atraviesan ganglios vasos sanguíneos y linfáticos y algunas veces en apéndices epiploicos.

Forman "tumor" de tamaño variable desde medianos hasta los más voluminosos y tienen el carácter de ser desplazables discretamente en sentido vertical e inmóviles en el trasversal.

Malignos.—Primarios, no se observan los epiteliales y sí los mesodérmicos.

Sarcoma fusocelular, descrito por Zacher quien cree que su origen parte del conjuntivo subperitoneal.—**Endotelioma** del endotelio de los vasos linfáticos y del peritoneo y **Linfocitomas** tumores telangiectásicos. — Aún cuando el **pseudomixoma** del peritoneo, no sea primario pues su origen se encuentra la mayor parte de las veces en el carcinoma pseudomucinoso del ovario, puede aparecer la sintomatología con la invasión peritoneal por

el niño la *evolución* es muy rápida y la *fiebre* y *caquexia* son *constantes*.

En ciego.—El cáncer comprende a la válvula y al ilion y se extiende hacia el ascendente; la rigidez de la válvula expone a la invaginación y el tumor es voluminoso.

A diferencia de los del resto de colon, *no es estenosante aún cuando al principio en la válvula puede producirse oclusión completa que se permeabiliza por ulceración.*

El tumor es *bien circunscrito*, principalmente en su límite externo; *alargado abullonado, difuso en su límite interno; es móvil y puede serlo ampliamente* hacia hipocondrio, epigastrio y fosa del lado contrario.

Pronto se complica de perivisceritis y absesos pericceales.

La tuberculosis del ciego en su forma fibro adiposa, hipertrófica, da tumor que comparte los mismos caracteres del cáncer.

TUMORES DEL COLON

Después del ciego, el cáncer es estenosante; el tumor se aprecia como irregular y voluminoso solamente en su localización es ascendente y del ángulo hepático. En el resto del colon, la estenosis es producida por la forma en manguito. Puede apreciarse profundamente en los segmentos fijos y menos difícilmente en los móviles pero es difícil localizarlo y el accidente oclusivo lo descubre.

El diagnóstico oportuno lo dan los trastornos intestinales.

El de estado, lo da el hallazgo del + tumor.

El tardío, el accidente oclusivo.

TUMORES DEL MESENTERIO

Se dividen en quísticos y sólidos.

Los quísticos, comprenden un grupo heterogéneo por su origen; *congénitos* en verdad, se desarrollan con el aspecto de una *formación simple serosa* a la que se le atribuye estructura linfática.

Otras, son transformación de quiste hidatídico. Otra forma, es vascular, pero cuando el nombre sugiere la composición

de un tejido de esa naturaleza, corresponden más bien a hematomas accidentales de un quiste seroso o traumático o esencial.

Por relaciones embrionarias del mesenterio se conocen variedades debidas a inclusiones del para-ovario, del páncreas y divertículos del intestino delgado.

Los tumores sólidos generalmente benignos, se desarrollan en la base de implantación del mesenterio.

El tumor quístico, se sitúa cerca del ombligo y es paramediano. Sensiblemente esférico tamaño mediano 15 cms. aprox., a 20 cms. Es muy móvil lateralmente y desplazable hacia arriba en la posición Trendelenburg, hasta desaparecer por debajo de las costillas.

El tumor sólido, es muy voluminoso hasta ocupar toda la capacidad del abdomen, rechaza al intestino y tiene tendencia a ascender al tórax rechazando al diafragma signo de Wighesworth. Se acompaña de síndromos digestivo y doloroso.

TUMORES PRIMARIOS DEL PERITONEO

Los tumores primarios del peritoneo aunque raros, se observan, benignos o malignos.

Benignos: Sólidos: fibroma y lipoma.

Quísticos: seroso, quiloso, vasculares dermoide.

Tienen su origen en restos embrionarios subperitoneales o en los órganos que lo ocupan o atraviesan ganglios vasos sanguíneos y linfáticos y algunas veces en apéndices epiploicos.

Forman "tumor" de tamaño variable desde medianos hasta los más voluminosos y tienen el carácter de ser desplazables discretamente en sentido vertical e inmóviles en el trasversal.

Malignos.—Primarios, no se observan los epiteliales y sí los mesodérmicos.

Sarcoma fusocelular, descrito por Zacher quien cree que su origen parte del conjuntivo subperitoneal.—**Endotelioma** del endotelio de los vasos linfáticos y del peritoneo y **Linfocitomas** tumores telangiectásicos. — Aún cuando el **pseudomixoma** del peritoneo, no sea primario pues su origen se encuentra la mayor parte de las veces en el carcinoma pseudomucinoso del ovario, puede aparecer la sintomatología con la invasión peritoneal por

ruptura de una formación quística del primario y tomar una marcha rápida acompañada de un cuadro inflamatorio peritoneal.

La clínica de estos tumores, aspira a despistarlos de la carcinomatosis generalizada secundaria pues cuenta con síntomas comunes: *red venosa tegumentaria, poliadenitis inguinal y axilar, nódulos accesibles al través de los planos superficiales; ascitis hemorrágica que una vez puncionada permite palpar el tumor multinodular.*

TUMORES DE RIÑÓN.

El "tumor" clínico de riñón, puede ir desde el simple riñón palpable que se reconoce por la palpación de Glénard como cuerpo slido en habichuela, de superficie convexa, móvil con el descenso respiratorio, escapando hacia la fosa lumbar; por consiguiente con movilidad en sentido vertical; pelotea y no pierde contacto con la región lumbar

Con estos caracteres existen "tumores eclipses" o sea inconstantes, porque *correspondiendo a uronefrosis abiertas, el volumen del órgano sufre alternativas haciéndose y dejando de ser palpable.*

El tumor por neoplasia, en el principio se confunde con el "tumor" clínico pues sus caracteres se deben a que la neoplasia, se inicia constantemente en el polo superior, intracapsular, conserva la forma del riñón.

La neoplasia invasora, aumenta el volumen y fija al tumor. —La distensión del colon por gases natural o artificialmente, sustituye el timpanismo correspondiente a la macicez propia del tumor.

Pero son los signos funcionales los que aseguran el diagnóstico; el problema más común que se presenta es "tumor sin hematuria" "hematuria con o sin tumor".

NEO-VINA NEO-VINETAS

JARABE Y COMPRIMIDOS



Terapéutica de la

TOS

REG. NOS. 29282-32716 S.S.A. PROP. A F-253/50. S.S.A. LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

HECHO EN MEXICO

LABORATORIOS *Salus*, S.A.

CADIZ N°6 COL. ALAMOS

MEXICO, D.F.

ruptura de una formación quística del primario y tomar una marcha rápida acompañada de un cuadro inflamatorio peritoneal.

La clínica de estos tumores, aspira a despistarlos de la carcinomatosis generalizada secundaria pues cuenta con síntomas comunes: *red venosa tegumentaria, poliadenitis inguinal y axilar, nódulos accesibles al través de los planos superficiales; ascitis hemorrágica que una vez puncionada permite palpar el tumor multinodular.*

TUMORES DE RIÑÓN.

El "tumor" clínico de riñón, puede ir desde el simple riñón palpable que se reconoce por la palpación de Glénard como cuerpo slido en habichuela, de superficie convexa, móvil con el descenso respiratorio, escapando hacia la fosa lumbar; por consiguiente con movilidad en sentido vertical; pelotea y no pierde contacto con la región lumbar

Con estos caracteres existen "tumores eclipses" o sea inconstantes, porque *correspondiendo a uronefrosis abiertas, el volumen del órgano sufre alternativas haciéndose y dejando de ser palpable.*

El tumor por neoplasia, en el principio se confunde con el "tumor" clínico pues sus caracteres se deben a que la neoplasia, se inicia constantemente en el polo superior, intracapsular, conserva la forma del riñón.

La neoplasia invasora, aumenta el volumen y fija al tumor. —La distensión del colon por gases natural o artificialmente, sustituye el timpanismo correspondiente a la macicez propia del tumor.

Pero son los signos funcionales los que aseguran el diagnóstico; el problema más común que se presenta es "tumor sin hematuria" "hematuria con o sin tumor".

NEO-VINA NEO-VINETAS

JARABE Y COMPRIMIDOS



Terapéutica de la

TOS

REG. NOS. 29282-32716 S.S.A. PROP. A F-253/50. S.S.A. LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

HECHO EN MEXICO

LABORATORIOS *Salus*, S.A.

CADIZ N°6 COL. ALAMOS

MEXICO, D.F.

WEDNESDAY, JULY 17, 1963
THE NEW YORK TIMES



102

Revisión de Algunos Métodos Pelvimétricos. El Método Thoms. Situación Actual de la Pelvicefalometría.

Por el Acad. Dr. Dionisio Pérez Cosío.

PRIMERO.—Definición y generalidades. La pelvicefalometría radiológica es un método cuyo objeto es conocer las relaciones que existen entre la capacidad pélvica y la cabeza fetal, clasificar el tipo de pelvis materna y hacer las mediciones de los diámetros de la pelvis y de la cabeza fetal con objeto de fundar un pronóstico obstétrico.

La pelvicefalometría está indicada en cualquier caso en que existe alguna duda sobre la capacidad pélvica o en aquellos casos en que el clínico no puede obtener información satisfactoria por los medios clínicos, tal como sucede en las mujeres muy obesas. Está también indicada en los casos de deformaciones pélvicas o en casos con historia de distosia o de trauma fetal en embarazos previos. En realidad toda mujer que dá a luz por primera vez debería de ser examinada radiológicamente con este objeto.

SEGUNDO.—Breves datos históricos. La bibliografía consultada informa que muy poco tiempo después del descubrimiento de Rayos X por Roentgen, Albert en 1899 trató de medir la pelvis materna mediante los Rayos X.

En Francia Fabre, Budin y Varnier fueron los iniciadores de la investigación pelvimétrica.

En E. U. de América los trabajos base sobre pelvimetría se deben a Caldwell, Moloy y Swenson quienes demostraron los diferentes tipos de la pelvis materna y también al Dr. Thoms. Estos trabajos se iniciaron respectivamente en los años de 1922 y 1925 en cuanto a los de Thoms y en 1933 los de Caldwell y alumnos que emplearon los métodos estereoscópicos en sus trabajos.

WEDNESDAY, JULY 17, 1963
10:15 AM



102

Revisión de Algunos Métodos Pelvimétricos. El Método Thoms. Situación Actual de la Pelvicefalometría.

Por el Acad. Dr. Dionisio Pérez Cosío.

PRIMERO.—Denifinición y generalidades. La pelvicefalometría radiológica es un método cuyo objeto es conocer las relaciones que existen entre la capacidad pélvica y la cabeza fetal, clasificar el tipo de pelvis materna y hacer las mediciones de los diámetros de la pelvis y de la cabeza fetal con objeto de fundar un pronóstico obstétrico.

La pelvicefalometría está indicada en cualquier caso en que existe alguna duda sobre la capacidad pélvica o en aquellos casos en que el clínico no puede obtener información satisfactoria por los medios clínicos, tal como sucede en las mujeres muy obesas. Está también indicada en los casos de deformaciones pélvicas o en casos con historia de distosia o de trauma fetal en embarazos previos. En realidad toda mujer que dá a luz por primera vez debería de ser examinada radiológicamente con este objeto.

SEGUNDO.—Breves datos históricos. La bibliografía consultada informa que muy poco tiempo después del descubrimiento de Rayos X por Roentgen, Albert en 1899 trató de medir la pelvis materna mediante los Rayos X.

En Francia Fabre, Budin y Varnier fueron los iniciadores de la investigación pelvimétrica.

En E. U. de América los trabajos base sobre pelvimetría se deben a Caldwell, Moloy y Swenson quienes demostraron los diferentes tipos de la pelvis materna y también al Dr. Thoms. Estos trabajos se iniciaron respectivamente en los años de 1922 y 1925 en cuanto a los de Thoms y en 1933 los de Caldwell y alumnos que emplearon los métodos estereoscópicos en sus trabajos.

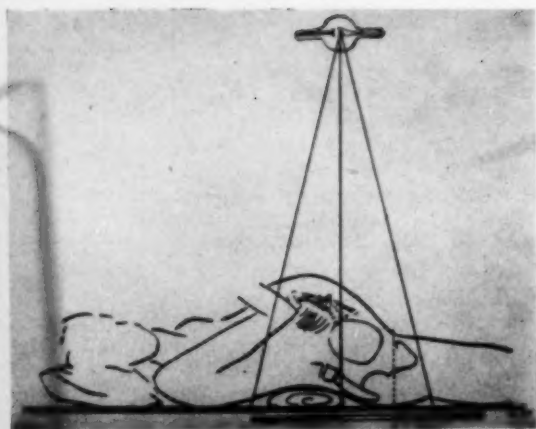


Fig. 1-a

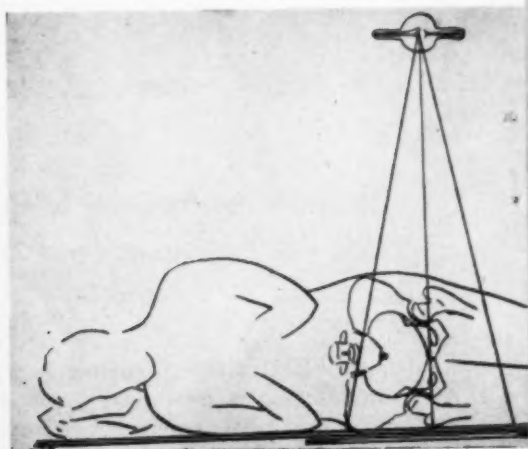


Fig. 1-b

Fig. 1-d

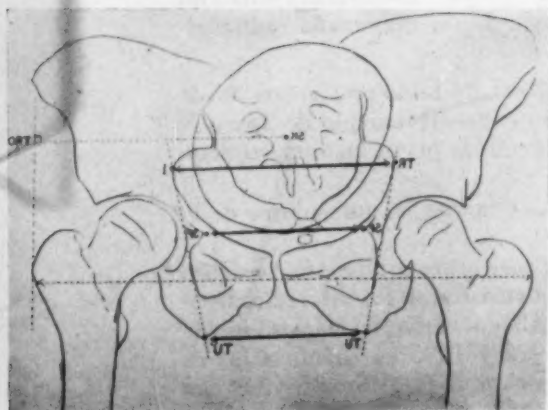
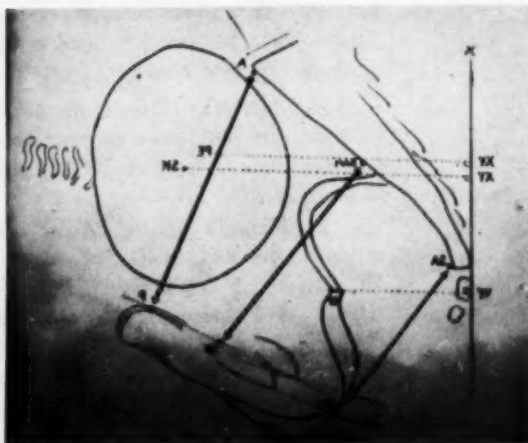


Fig. 1-c



PELVICEFALOMETRÍA

TERCERO.—Métodos pelvimétricos: Los métodos pelvicefalométricos se encuentran comprendidos dentro de 3 grupos: Los métodos estereoscópicos, los métodos de construcción geométrica y los métodos de posición.

Hay que hacer notar que fué Albert el primero que descubrió la posición semi-sentada, como la más apropiada para realizar el estudio del estrecho superior de la pelvis materna.

Los métodos estereoscópicos, son muy poco usados en virtud de su complejidad y son los métodos de posición los que más se usan por ser más accesibles en su técnica y por ofrecer suficiente seguridad en su información.

La revisión de los métodos de Snow, de Colcher-Susman y de Thoms, que son en los que tengo experiencia, son los que sirvieron de base a esta comunicación.

Método de Snow: Lo realizamos a partir del año de 42 en que el Dr. Snow publicó su libro de clínica radiológica del embarazo. Consiste en la toma de dos radiografías una frontal y otra lateral. Fig. No. 1 a. y 1 b.

PLACA FRONTAL: Se busca llevar el estrecho superior un poco hacia adelante, colocando algunas toallas o almohadilla en la región lumbar de la enferma.

Los pies deben de encontrarse juntos y las tuberosidades del isquión deben de incluirse en la película. Fig. No. 1-a.

La placa lateral se realiza en decúbito centrando al trocanter Fig. No. 1-b.

La placa frontal del método de Snow permite hacer las mediciones de los diámetros transverso máximo de la pelvis, del diámetro bi-ciático y del bi-tuberal. Fig. No. 1-c.

El diámetro transverso máximo como se sabe, es la línea que une el punto más externo del estrecho superior al opuesto.

El diámetro bi-ciático es el que une las espinas ciáticas y el bi-tuberal el que une las tuberosidades del isquión de uno y otro lado a partir de un punto en el cual una línea dirigida del borde externo del estrecho superior encuentra al isquión, pasando por el borde externo del foramen obturador. Fig. No. 1-c.

En la placa lateral el método permite el conocimiento de los diámetros de los tres estrechos, superior, medio e inferior. Fig. No. 1-d.

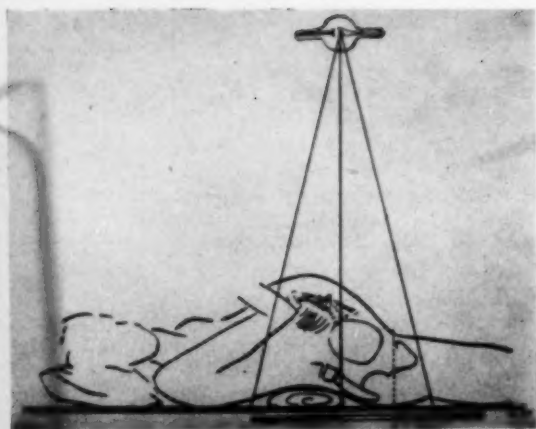


Fig. 1-a

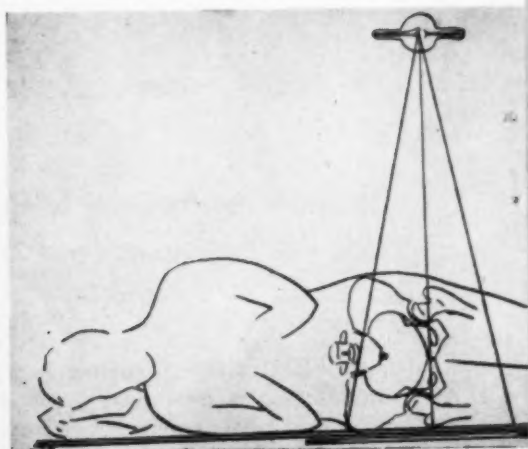


Fig. 1-b

Fig. 1-d

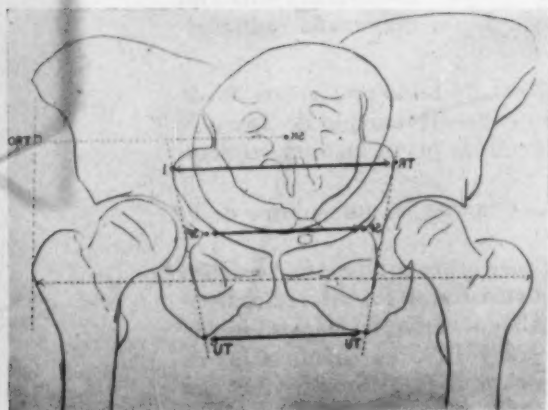
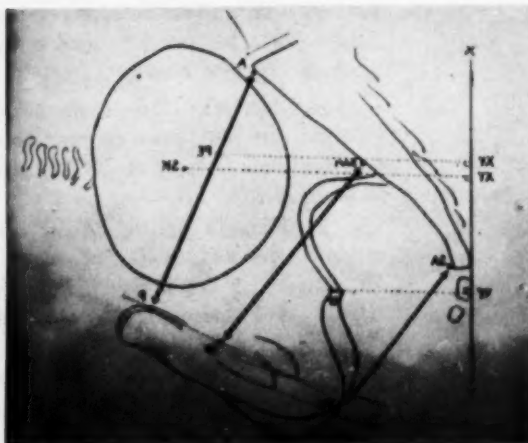


Fig. 1-c



PELVICEFALOMETRÍA

TERCERO.—Métodos pelvimétricos: Los métodos pelvicefalométricos se encuentran comprendidos dentro de 3 grupos: Los métodos estereoscópicos, los métodos de construcción geométrica y los métodos de posición.

Hay que hacer notar que fué Albert el primero que descubrió la posición semi-sentada, como la más apropiada para realizar el estudio del estrecho superior de la pelvis materna.

Los métodos estereoscópicos, son muy poco usados en virtud de su complejidad y son los métodos de posición los que más se usan por ser más accesibles en su técnica y por ofrecer suficiente seguridad en su información.

La revisión de los métodos de Snow, de Colcher-Susman y de Thoms, que son en los que tengo experiencia, son los que sirvieron de base a esta comunicación.

Método de Snow: Lo realizamos a partir del año de 42 en que el Dr. Snow publicó su libro de clínica radiológica del embarazo. Consiste en la toma de dos radiografías una frontal y otra lateral. Fig. No. 1 a. y 1 b.

PLACA FRONTAL: Se busca llevar el estrecho superior un poco hacia adelante, colocando algunas toallas o almohadilla en la región lumbar de la enferma.

Los pies deben de encontrarse juntos y las tuberosidades del isquión deben de incluirse en la película. Fig. No. 1-a.

La placa lateral se realiza en decúbito centrando al trocanter Fig. No. 1-b.

La placa frontal del método de Snow permite hacer las mediciones de los diámetros transverso máximo de la pelvis, del diámetro bi-ciático y del bi-tuberal. Fig. No. 1-c.

El diámetro transverso máximo como se sabe, es la línea que une el punto más externo del estrecho superior al opuesto.

El diámetro bi-ciático es el que une las espinas ciáticas y el bi-tuberal el que une las tuberosidades del isquión de uno y otro lado a partir de un punto en el cual una línea dirigida del borde externo del estrecho superior encuentra al isquión, pasando por el borde externo del foramen obturador. Fig. No. 1-c.

En la placa lateral el método permite el conocimiento de los diámetros de los tres estrechos, superior, medio e inferior. Fig. No. 1-d.

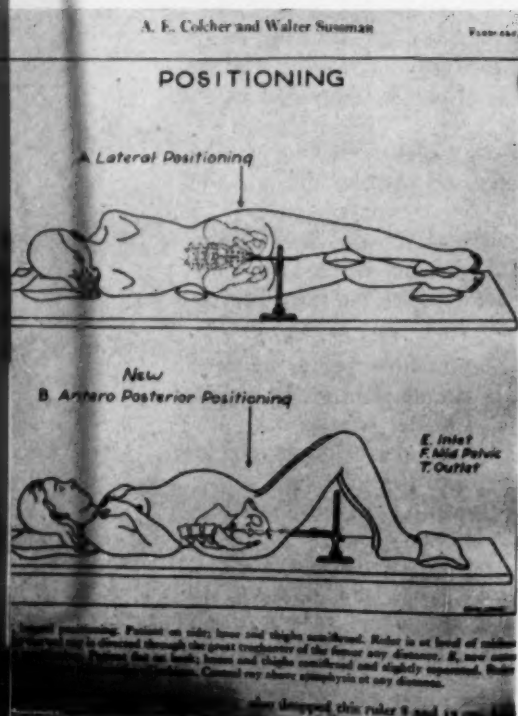


Fig. 2-a

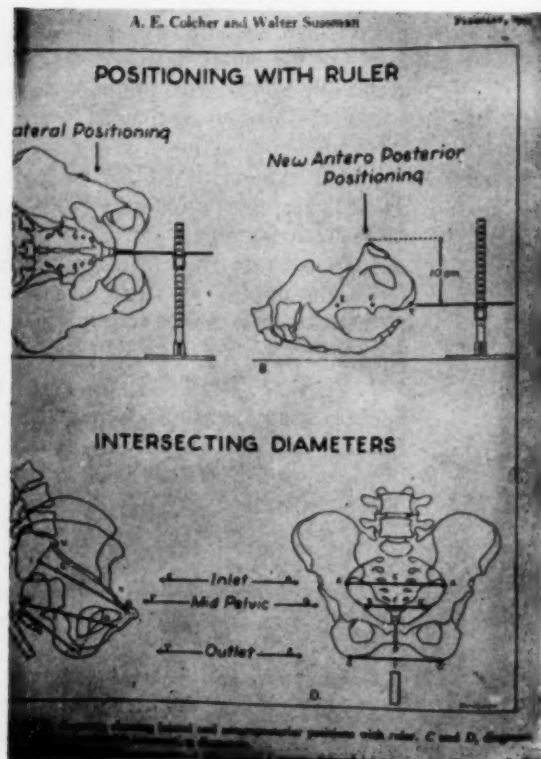


Fig. 2-b

PELVICEFALOMETRÍA

El diámetro del estrecho superior, o conjugado verdadero, como se sabe, es el diámetro que une el promontorio con la extremidad superior interna del pubis.

El estrecho medio es medido por una línea que va de la parte más profunda de la cara anterior del sacro a la extremidad inferior y posterior de la sínfisis, punto que el autor localiza a la 3a. parte de una línea que vaya de la sínfisis a las tuberosidades isquiáticas o a tres centímetros de la sínfisis.

El estrecho inferior corresponde a la línea que va de las tuberosidades isquiáticas a la extremidad inferior del sacro.

Una vez así obtenidos los diámetros, los que aparecen de mayor tamaño que lo normal, en virtud de la distorsión de la imagen deberán ser corregidos por medio de la regla descrita por el propio Dr. Snow. Este método se encuentra dentro del sistema geométrico y ha sido usado en México con frecuencia.

Método de Colcher Susman:—Este método fué utilizado por mí a partir del año de 44, fecha en que los autores describieron su técnica en un artículo publicado en la *American Journal* de R. R. correspondiente al mes de febrero.

La técnica radiográfica exige también la toma de placa frontal y una lateral. Fig. No. 2-a.

PLACA FRONTAL:—La paciente se coloca en decúbito dorsal, con las rodillas semi-flexionadas y separadas, lo que hace que los diámetros transversos máximo, bi-ciático y bi-tuberal se encuentren al mismo nivel, según los autores de dicha comunicación, Fig. 2-a.

La placa lateral es la conocida como tal y no ofrece ninguna variante. Fig. No. 2-a.

Estos autores utilizan un pelvómetro especial que consiste en una regla metálica perforada en centímetros la cual va sostenida un soporte vertical, también calibrado en centímetros, pudiendo ser elevado o abatido mediante un tornillo. Fig. No. 2-a.

La regla deberá ser colocada a la altura de las salientes óseas que son puntos de referencia y las cuales son: En la placa frontal los isquiones, que se localizan por palpación manual y en la placa lateral el pliegue inter-glúteo.

La regla debe aparecer en la placa radiográfica.

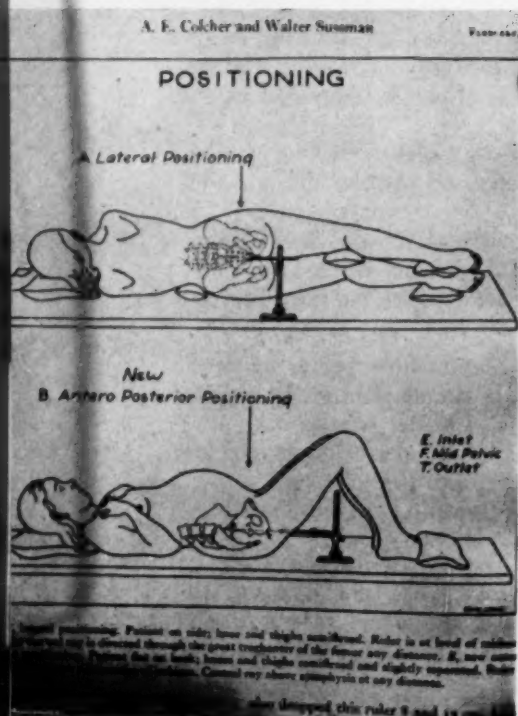


Fig. 2-a

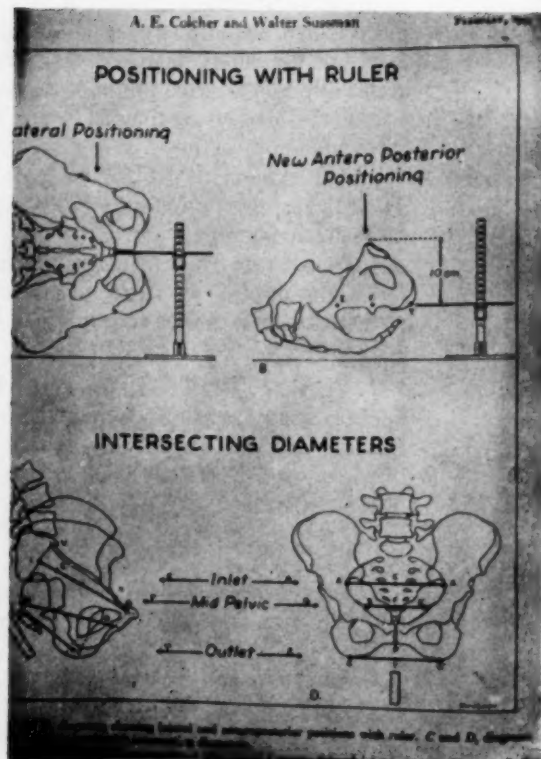


Fig. 2-b

PELVICEFALOMETRÍA

El diámetro del estrecho superior, o conjugado verdadero, como se sabe, es el diámetro que une el promontorio con la extremidad superior interna del pubis.

El estrecho medio es medido por una línea que va de la parte más profunda de la cara anterior del sacro a la extremidad inferior y posterior de la sínfisis, punto que el autor localiza a la 3a. parte de una línea que vaya de la sínfisis a las tuberosidades isquiáticas o a tres centímetros de la sínfisis.

El estrecho inferior corresponde a la línea que va de las tuberosidades isquiáticas a la extremidad inferior del sacro.

Una vez así obtenidos los diámetros, los que aparecen de mayor tamaño que lo normal, en virtud de la distorsión de la imagen deberán ser corregidos por medio de la regla descrita por el propio Dr. Snow. Este método se encuentra dentro del sistema geométrico y ha sido usado en México con frecuencia.

Método de Colcher Susman:—Este método fué utilizado por mí a partir del año de 44, fecha en que los autores describieron su técnica en un artículo publicado en la *American Journal* de R. R. correspondiente al mes de febrero.

La técnica radiográfica exige también la toma de placa frontal y una lateral. Fig. No. 2-a.

PLACA FRONTAL:—La paciente se coloca en decúbito dorsal, con las rodillas semi-flexionadas y separadas, lo que hace que los diámetros transversos máximo, bi-ciático y bi-tuberal se encuentren al mismo nivel, según los autores de dicha comunicación, Fig. 2-a.

La placa lateral es la conocida como tal y no ofrece ninguna variante. Fig. No. 2-a.

Estos autores utilizan un pelvómetro especial que consiste en una regla metálica perforada en centímetros la cual va sostenida un soporte vertical, también calibrado en centímetros, pudiendo ser elevado o abatido mediante un tornillo. Fig. No. 2-a.

La regla deberá ser colocada a la altura de las salientes óseas que son puntos de referencia y las cuales son: En la placa frontal los isquiones, que se localizan por palpación manual y en la placa lateral el pliegue inter-glúteo.

La regla debe aparecer en la placa radiográfica.

La técnica de Colcher Susman divide también a la pelvis en tres planos. Fig. No. 2-b.

En la placa frontal los puntos de referencia y la localización de los estrechos son los mismos que en la técnica de Snow. Sigue la Fig. No. 2-b.

PLACA LATERAL: El estrecho superior los sitúa en forma diversa al método de Snow pues va de la margen superior a la sínfisis al sacro continuando las líneas inominadas.

El estrecho medio también difiere del método de Snow pues en este caso va de la extremidad inferior del pubis al sacro pasando a la altura de las espinas ciáticas.

El estrecho inferior es igual al de la técnica de Snow.

La valuación de los diámetros, en este método, es en forma conjunta y por estrechos, de tal manera que para valorar cada estrecho realiza la suma de los diámetros A.P. y lateral. Fig. No. 2-b.

El método permite también la medición del ángulo sub-púbico puesto que se conocen los diámetros que lo forman, o sea la base que corresponde al diámetro bituberal y la altura, que corresponde a la distancia del punto medio de los isquiones a la extremidad inferior del pubis.

Para la medición de dicho ángulo se utiliza una tabla pre-calculada.

METODO DE THOMS.—La revisión de la literatura de los trabajos del Dr. Thoms informa que empezó a trabajar sobre este problema el año de 1922.

El año de 1925 escribió un artículo titulado "pelvimetría del estrecho superior por medio de los Rayos X" y enfocaba el problema sobre dos aspectos: Primero en la posición adecuada del paciente y segundo en la distorsión que hay que corregir. Insistía en que con objeto de que la distorsión fuera producida en todas direcciones el tubo debería de colocarse en el centro del estrecho superior.

En su segundo trabajo realizado el año de 29 da orientaciones definitivas al método que lleva su nombre y describe la lámina perforada que debe colocarse en el mismo plano que ocupaba el estrecho superior.

En detalle dice: "Nuestra técnica es como sigue".

Dos puntos óseos de la paciente deben identificarse. El borde anterior y superior de la sínfisis y el espacio que hay entre la 4a. y la 5a.

PELVICEFALOMETRÍA

lumbar. La última se marca con un pequeño pedazo de tela adhesiva.

2a.—La paciente es confortablemente colocada en la posición semi-sentada.

3a.—Se mide la distancia de la tela adhesiva y de la sínfisis a la mesa, que deben ser iguales. Fig. No. 3-a.

4a.—El tubo es centrado en la línea media y alrededor de 5 centímetros atrás de la sínfisis.

En estas condiciones se hace la primera exposición.

5a.—Con el tubo y la placa insitu la paciente es removida de la mesa. La lámina perforada se coloca en el mismo plano que ocupaba el estrecho superior y se hace una segunda exposición.

6a.—La placa es revelada y vista. No hay dificultad en observar la sínfisis y el promontorio sacro y los puntos de referencia de la pelvis son fácilmente vistos.

Los diámetros pueden ser leídos directamente en centímetros, dado que cada espacio entre dos perforaciones corresponde a un centímetro del estrecho superior”.

La información que se obtiene de esta placa radiográfica es la siguiente: Fig. 3-b.

1o.—Estrecho superior: Diámetro A.P. o Conjugado Verdadero que se extiende de la cara posterior de la sínfisis, un centímetro abajo de su borde superior, para terminar en el sacro en donde se prolongan las líneas innominadas.

2o.—Diámetro transversal máximo que corresponde a la distancia que hay entre la porción más externa del estrecho superior al lado opuesto.

3o.—Posterior Sagital. Esta porción corresponde a la parte del diámetro posterior que queda atrás de su intersección con el diámetro transversal.

4o.—Estrecho medio: Diámetro transversal: corresponde a la distancia que separa una espina ciática de la otra por lo cual también se le llama bi-espinoso o bi-ciático.

5o.—Posterior sagital: corresponde a la parte del diámetro A.P. que se coloca atrás de la intersección con el transversal.

Para el Dr. Thoms tiene una gran importancia el conocimiento de estos diámetros posteriores pues dice que proporcionan excelente información de la cámara posterior de la pelvis, pudiendo tener una con-

La técnica de Colcher Susman divide también a la pelvis en tres planos. Fig. No. 2-b.

En la placa frontal los puntos de referencia y la localización de los estrechos son los mismos que en la técnica de Snow. Sigue la Fig. No. 2-b.

PLACA LATERAL: El estrecho superior los sitúa en forma diversa al método de Snow pues va de la margen superior a la sínfisis al sacro continuando las líneas inominadas.

El estrecho medio también difiere del método de Snow pues en este caso va de la extremidad inferior del pubis al sacro pasando a la altura de las espinas ciáticas.

El estrecho inferior es igual al de la técnica de Snow.

La valuación de los diámetros, en este método, es en forma conjunta y por estrechos, de tal manera que para valorar cada estrecho realiza la suma de los diámetros A.P. y lateral. Fig. No. 2-b.

El método permite también la medición del ángulo sub-púbico puesto que se conocen los diámetros que lo forman, o sea la base que corresponde al diámetro bituberal y la altura, que corresponde a la distancia del punto medio de los isquiones a la extremidad inferior del pubis.

Para la medición de dicho ángulo se utiliza una tabla pre-calculada.

METODO DE THOMS.—La revisión de la literatura de los trabajos del Dr. Thoms informa que empezó a trabajar sobre este problema el año de 1922.

El año de 1925 escribió un artículo titulado "pelvimetría del estrecho superior por medio de los Rayos X" y enfocaba el problema sobre dos aspectos: Primero en la posición adecuada del paciente y segundo en la distorsión que hay que corregir. Insistía en que con objeto de que la distorsión fuera producida en todas direcciones el tubo debería de colocarse en el centro del estrecho superior.

En su segundo trabajo realizado el año de 29 da orientaciones definitivas al método que lleva su nombre y describe la lámina perforada que debe colocarse en el mismo plano que ocupaba el estrecho superior.

En detalle dice: "Nuestra técnica es como sigue".

Dos puntos óseos de la paciente deben identificarse. El borde anterior y superior de la sínfisis y el espacio que hay entre la 4a. y la 5a.

PELVICEFALOMETRÍA

lumbar. La última se marca con un pequeño pedazo de tela adhesiva.

2a.—La paciente es confortablemente colocada en la posición semi-sentada.

3a.—Se mide la distancia de la tela adhesiva y de la sínfisis a la mesa, que deben ser iguales. Fig. No. 3-a.

4a.—El tubo es centrado en la línea media y alrededor de 5 centímetros atrás de la sínfisis.

En estas condiciones se hace la primera exposición.

5a.—Con el tubo y la placa insitu la paciente es removida de la mesa. La lámina perforada se coloca en el mismo plano que ocupaba el estrecho superior y se hace una segunda exposición.

6a.—La placa es revelada y vista. No hay dificultad en observar la sínfisis y el promontorio sacro y los puntos de referencia de la pelvis son fácilmente vistos.

Los diámetros pueden ser leídos directamente en centímetros, dado que cada espacio entre dos perforaciones corresponde a un centímetro del estrecho superior".

La información que se obtiene de esta placa radiográfica es la siguiente: Fig. 3-b.

1o.—Estrecho superior: Diámetro A.P. o Conjugado Verdadero que se extiende de la cara posterior de la sínfisis, un centímetro abajo de su borde superior, para terminar en el sacro en donde se prolongan las líneas innominadas.

2o.—Diámetro transversal máximo que corresponde a la distancia que hay entre la porción más externa del estrecho superior al lado opuesto.

3o.—Posterior Sagital. Esta porción corresponde a la parte del diámetro posterior que queda atrás de su intersección con el diámetro transversal.

4o.—Estrecho medio: Diámetro transversal: corresponde a la distancia que separa una espina ciática de la otra por lo cual también se le llama bi-espinoso o bi-ciático.

5o.—Posterior sagital: corresponde a la parte del diámetro A.P. que se coloca atrás de la intersección con el transversal.

Para el Dr. Thoms tiene una gran importancia el conocimiento de estos diámetros posteriores pues dice que proporcionan excelente información de la cámara posterior de la pelvis, pudiendo tener una con-

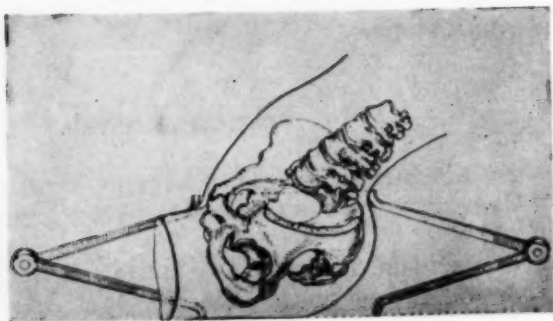


Fig. 3-a

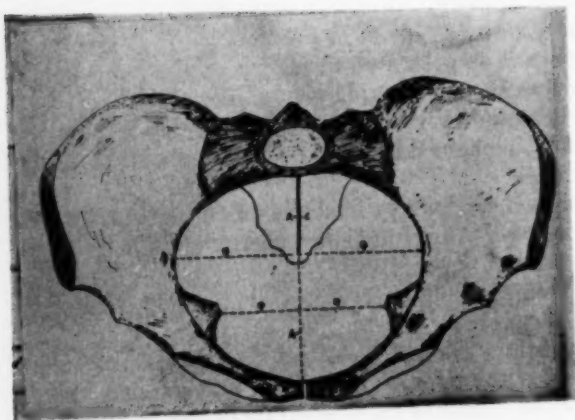


Fig. 3-b

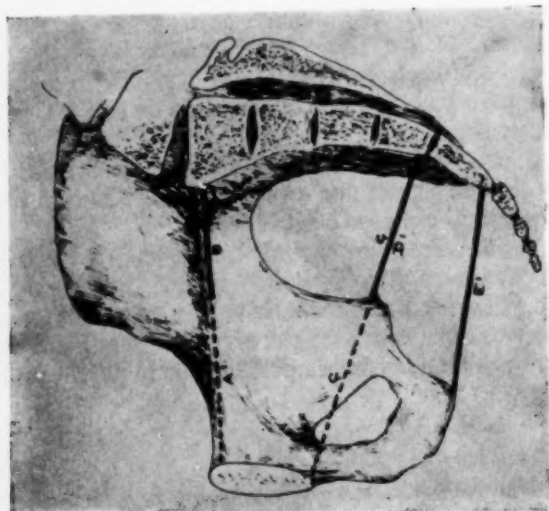


Fig. 3-c

PELVICEFALOMETRÍA

siderable importancia obstétrica el acortamiento de cualquiera de ellos.

En 1940 el Dr. Thoms abordó las mediciones pelvimétricas en la placa lateral y también describió los tres planos conocidos superior, medio e inferior, pero exige que la posición de la enferma sea de pie. Fig. No. 3-c.

El Dr. Thoms dice en síntesis: mi método permite conocer en el estrecho superior lo siguiente:

1o.—Simetría o asimetría de la pelvis.

2o.—Características del segmento anterior: medio, estrecho o amplio.

3o.—Diámetro A. P.

4o.—Diámetro transversal máximo.

5o.—Diámetro sagital posterior.

6o.—Diámetro bi-ciático, previa corrección dada la diferencia de nivel.

7o.—Características de las espinas ciáticas.

En la placa lateral se puede conocer: el diámetro A.P. del estrecho superior, el diámetro A. P. del estrecho medio y el diámetro A. P. del estrecho inferior, la superficie anterior del sacro y las características de la curvatura de este hueso.

8o.—“Características de la escotadura ciática”.

INCONVENIENTES DE LOS METODOS DESCRITOS

PRIMERO.—Método de Snow.

a.—El estrecho superior no se visualiza satisfactoriamente como se logra en la posición semi-sentada de Thoms.

b.—La medición de los diámetros tiene que ser relacionada a una regla diseñada por el autor la que realiza las mediciones correspondientes y no dando por lo tanto lectura directa en la placa.

SEGUNDO.—Método de Colcher Susman.

a.—El estrecho superior no se visualiza satisfactoriamente como en la posición semi-sentada.

b.—El balanceamiento de la pelvis no se ejecuta tal como los autores lo preconizan y por lo tanto los puntos de referencia no se colocan siempre al mismo nivel.

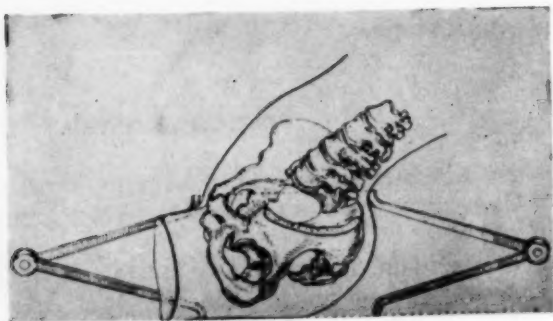


Fig. 3-a

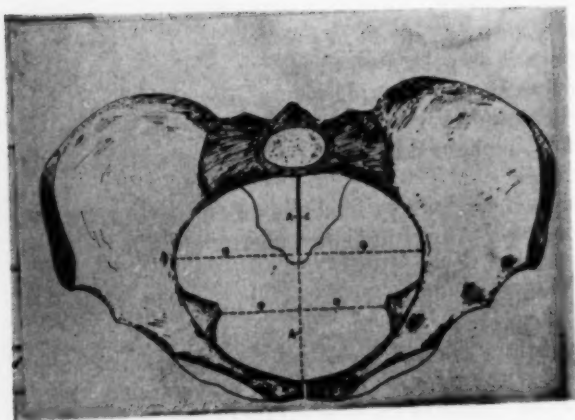


Fig. 3-b

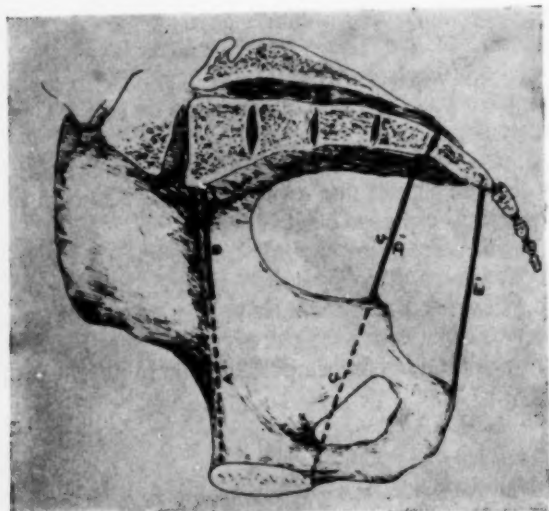


Fig. 3-c

PELVICEFALOMETRÍA

siderable importancia obstétrica el acortamiento de cualquiera de ellos.

En 1940 el Dr. Thoms abordó las mediciones pelvimétricas en la placa lateral y también describió los tres planos conocidos superior, medio e inferior, pero exige que la posición de la enferma sea de pie. Fig. No. 3-c.

El Dr. Thoms dice en síntesis: mi método permite conocer en el estrecho superior lo siguiente:

1o.—Simetría o asimetría de la pelvis.

2o.—Características del segmento anterior: medio, estrecho o amplio.

3o.—Diámetro A. P.

4o.—Diámetro transversal máximo.

5o.—Diámetro sagital posterior.

6o.—Diámetro bi-ciático, previa corrección dada la diferencia de nivel.

7o.—Características de las espinas ciáticas.

En la placa lateral se puede conocer: el diámetro A.P. del estrecho superior, el diámetro A. P. del estrecho medio y el diámetro A. P. del estrecho inferior, la superficie anterior del sacro y las características de la curvatura de este hueso.

8o.—“Características de la escotadura ciática”.

INCONVENIENTES DE LOS METODOS DESCRITOS

PRIMERO.—Método de Snow.

a.—El estrecho superior no se visualiza satisfactoriamente como se logra en la posición semi-sentada de Thoms.

b.—La medición de los diámetros tiene que ser relacionada a una regla diseñada por el autor la que realiza las mediciones correspondientes y no dando por lo tanto lectura directa en la placa.

SEGUNDO.—Método de Colcher Susman.

a.—El estrecho superior no se visualiza satisfactoriamente como en la posición semi-sentada.

b.—El balanceamiento de la pelvis no se ejecuta tal como los autores lo preconizan y por lo tanto los puntos de referencia no se colocan siempre al mismo nivel.

TERCERO.—Inconvenientes del método de Thoms.—Este método no tiene inconvenientes sino ventajas.

Sin embargo no proporciona datos sobre el ángulo subpúbico.

En cambio las ventajas que ofrece el método de Thoms sobre otros métodos saltan a la vista. El más importante de todos es la visualización perfecta del estrecho superior lo que permite clasificarlo, así como la información de la simetría o asimetría pélvica y la posibilidad de conocer las características de las espinas ciáticas y los diámetros sagitales posteriores.

SITUACION ACTUAL.

Se acepta en la actualidad que hay que recurrir a los llamados métodos mixtos que permiten conocer además de los datos que ofrece el método de Thoms, que es la base de los procedimientos pelvimétricos, las características del ángulo sub-púbico.

El método seguido por el que habla es semejante al descrito por el Dr. C. Allen Good de la Mayo Clinic.

Para realizar la pelvimetría con ésta técnica se necesita la toma de 3 placas radiográficas: una para el estrecho superior en posición semi-sentada, una en posición lateral para estudio de toda la pelvis y otra para determinar el ángulo sub-púbico.

La placa radiográfica en posición semi-sentada la hacemos con el conocido aparato del Dr. Torpin quien lo describió el año de 1938.

La localización de las partes óseas se hace en la forma señalada por el Dr. Thoms.

Después de hacer la exposición se retira la enferma y se coloca la lámina perforada obteniendo en esta forma el estudio del estrecho superior que permitirá conocer los datos enunciados al describir el método del Dr. Thoms.

En virtud de que el diámetro bi-ciático sufre una distorsión menor que los diámetros, del estrecho superior dado que se encuentra aproximadamente 5 centímetros más abajo, es necesario conocer o calcular cuánto es más corto de lo que aparece en la placa. Fig. No. 4-a.

Con tal motivo hemos realizado algunas investigaciones haciendo radiografías de una regla perforada a la altura del estrecho superior y de la misma regla 5 cent. más abajo que es la distancia a la cual se



Fig. 4-a

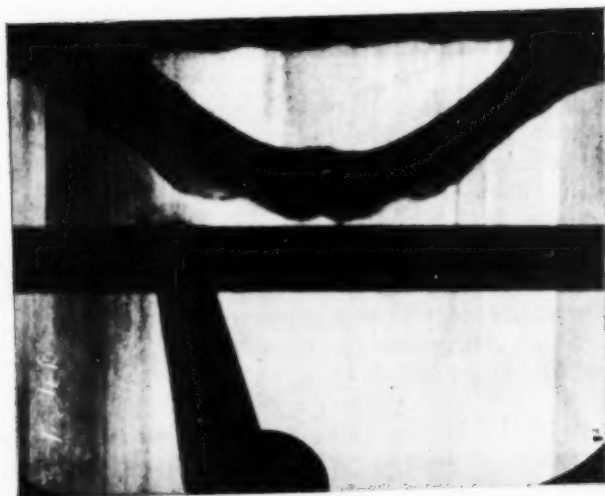


Fig. 4-b

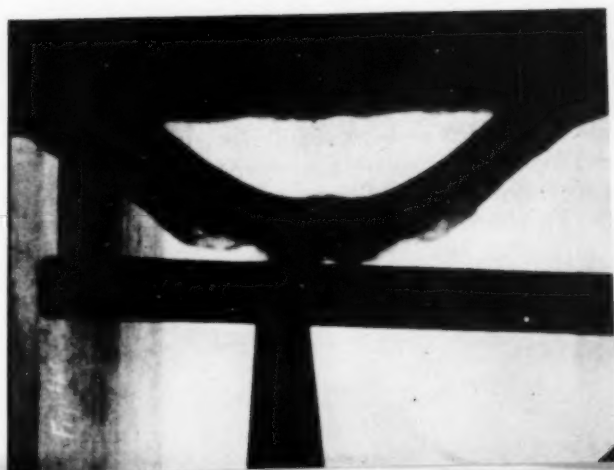


Fig. 4-c

TERCERO.—Inconvenientes del método de Thoms.—Este método no tiene inconvenientes sino ventajas.

Sin embargo no proporciona datos sobre el ángulo subpúbico.

En cambio las ventajas que ofrece el método de Thoms sobre otros métodos saltan a la vista. El más importante de todos es la visualización perfecta del estrecho superior lo que permite clasificarlo, así como la información de la simetría o asimetría pélvica y la posibilidad de conocer las características de las espinas ciáticas y los diámetros sagitales posteriores.

SITUACION ACTUAL.

Se acepta en la actualidad que hay que recurrir a los llamados métodos mixtos que permiten conocer además de los datos que ofrece el método de Thoms, que es la base de los procedimientos pelvimétricos, las características del ángulo sub-púbico.

El método seguido por el que habla es semejante al descrito por el Dr. C. Allen Good de la Mayo Clinic.

Para realizar la pelvimetría con ésta técnica se necesita la toma de 3 placas radiográficas: una para el estrecho superior en posición semi-sentada, una en posición lateral para estudio de toda la pelvis y otra para determinar el ángulo sub-púbico.

La placa radiográfica en posición semi-sentada la hacemos con el conocido aparato del Dr. Torpin quien lo describió el año de 1938.

La localización de las partes óseas se hace en la forma señalada por el Dr. Thoms.

Después de hacer la exposición se retira la enferma y se coloca la lámina perforada obteniendo en esta forma el estudio del estrecho superior que permitirá conocer los datos enunciados al describir el método del Dr. Thoms.

En virtud de que el diámetro bi-ciático sufre una distorsión menor que los diámetros, del estrecho superior dado que se encuentra aproximadamente 5 centímetros más abajo, es necesario conocer o calcular cuánto es más corto de lo que aparece en la placa. Fig. No. 4-a.

Con tal motivo hemos realizado algunas investigaciones haciendo radiografías de una regla perforada a la altura del estrecho superior y de la misma regla 5 cent. más abajo que es la distancia a la cual se



Fig. 4-a

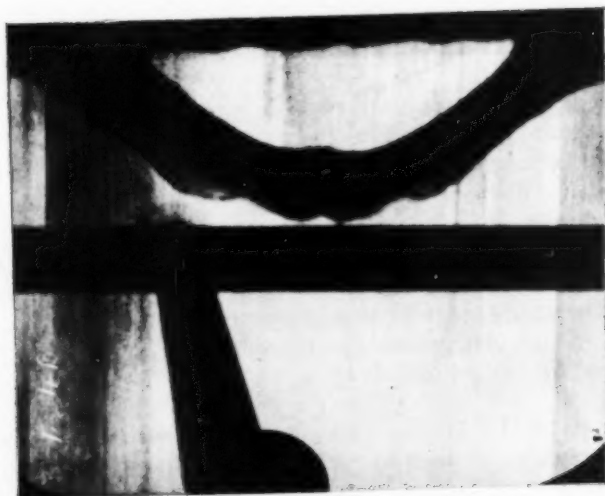


Fig. 4-b

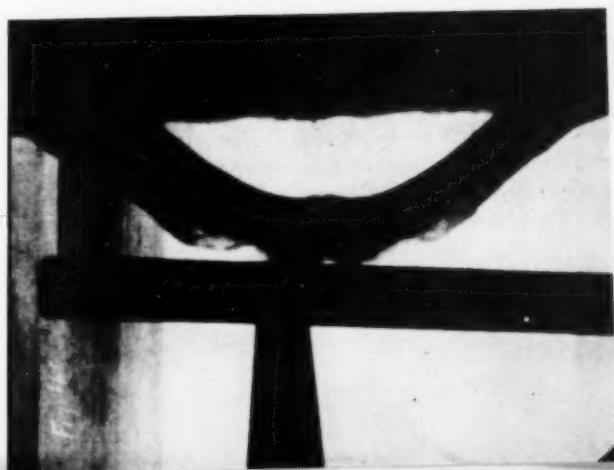


Fig. 4-c

encuentran las espinas ciáticas y lo cual he ratificado en investigaciones con pelvis secas. Fig. No. 4-b y 4-c.

La distorsión aproximada que sufre el diámetro bi-ciático, para fines prácticos, es de un centímetro, por lo tanto hay que disminuir la longitud del diámetro bi-ciático en un centímetro de la longitud que tiene en la placa.

CLASIFICACION DE LOS TIPOS DE PELVIS:

Se han descrito 5 tipos de pelvis:

1o.—El tipo antropoide (pelvis de mono) en la que el diámetro antero-posterior excede al diámetro transverso.

2o.—El tipo ginecoide (pelvis femenina) en la que el estrecho superior tiene un diámetro tranverso mayor de 3 cent. del diámetro antero posterior.

3o.—El tipo androide (pelvis masculina) en el que el estrecho superior en este caso tiende a ser triangular con un ángulo sub-púbico muy estrecho y espinas ciáticas muy prominentes.

4o.—El tipo platipeloide (pelvis aplanada) y

5o.—el tipo asimétrico.

PLACA LATERAL: La placa lateral la realizamos sistemáticamente en decúbito. No hemos encontrado ventaja al realizarla en posición de pie y sí en cambio inconvenientes, como son: dificultad para que la paciente permanezca sin moverse, la visualización del pubis en algunos casos es francamente pobre, inconvenientes en la técnica radiográfica que exige elevar mucho el voltaje, en virtud de que la compresión del paciente se hace en forma menos eficaz. Esto hace que el problema sea serio porque de por sí las pelvimetrías exigen voltajes muy elevados.

ANGULO SUB-PUBICO:—La placa para hacer el estudio del ángulo sub-púbico se hace angulando el tubo a 33° hacia la cabeza y centrando un centímetro abajo del borde superior del pubis, tal como lo recomienda el Dr. Good.

En virtud de que en la literatura consultada no encontré explica-

PELVICEFALOMETRÍA

ción satisfactoria de por qué se hace con esa angulación, hice algunas experiencias obteniendo radiografías del pubis en pelvis secas, con el rayo perpendicular a la mesa y con angulación de 33° .

La pelvis seca utilizada tenía un ángulo de 70° y la placa en la que el tubo se dirigió perpendicular el ángulo se distorsionó hasta 110° .

En la que se anguló a 33° el ángulo se distorsionó a 72° lo que es muy aproximado al real.

Por el dato anterior aceptamos la angulación de 33° como satisfactoria. Fig. No. 5-a y 5-b.

En cuanto a las mediciones de la cabeza fetal, se realizan en la forma ordinaria dando los diámetros fronto-occipital y bi-parietal y haciendo las mediciones correspondientes en ambas placas radiográficas frontal y lateral.

EXAMEN FETAL:

Antes de realizar cualquier pelvimetría debe de obtenerse una placa completa de todo el vientre con objeto de estudiar el feto y la cual proporciona datos sobre número de fetos, posición, presentación, anomalías fetales gruesas, etc., etc.

CONCLUSIONES:

Se ha presentado una comunicación en la que se hace una revisión de los métodos pelvimétricos de Snow, de Colcher-Susman y de Thoms.

Se han mencionado los inconvenientes y ventajas de los métodos. De los métodos enunciados el que se juzga más útil es el de Thoms.

El método de Thoms sirve en la actualidad como base para realizar las pelvimetrías mixtas que consiste en conocer además del método de Thoms las características del ángulo sub-púbico.

Se muestran los resultados de las tomas de placas radiográficas en pelvis secas con objeto de localizar la altura de las espinas ciáticas en relación con el pubis.

Se mencionan los resultados obtenidos al realizar radiografías de las pelvis secas en relación con el ángulo sub-púbico en proyecciones sin angular y angulando.

encuentran las espinas ciáticas y lo cual he ratificado en investigaciones con pelvis secas. Fig. No. 4-b y 4-c.

La distorsión aproximada que sufre el diámetro bi-ciático, para fines prácticos, es de un centímetro, por lo tanto hay que disminuir la longitud del diámetro bi-ciático en un centímetro de la longitud que tiene en la placa.

CLASIFICACION DE LOS TIPOS DE PELVIS:

Se han descrito 5 tipos de pelvis:

1o.—El tipo antropoide (pelvis de mono) en la que el diámetro antero-posterior excede al diámetro transverso.

2o.—El tipo ginecoide (pelvis femenina) en la que el estrecho superior tiene un diámetro tranverso mayor de 3 cent. del diámetro antero posterior.

3o.—El tipo androide (pelvis masculina) en el que el estrecho superior en este caso tiende a ser triangular con un ángulo sub-púbico muy estrecho y espinas ciáticas muy prominentes.

4o.—El tipo platipeloide (pelvis aplanada) y

5o.—el tipo asimétrico.

PLACA LATERAL: La placa lateral la realizamos sistemáticamente en decúbito. No hemos encontrado ventaja al realizarla en posición de pie y sí en cambio inconvenientes, como son: dificultad para que la paciente permanezca sin moverse, la visualización del pubis en algunos casos es francamente pobre, inconvenientes en la técnica radiográfica que exige elevar mucho el voltaje, en virtud de que la compresión del paciente se hace en forma menos eficaz. Esto hace que el problema sea serio porque de por sí las pelvimetrías exigen voltajes muy elevados.

ANGULO SUB-PUBICO:—La placa para hacer el estudio del ángulo sub-púbico se hace angulando el tubo a 33° hacia la cabeza y centrando un centímetro abajo del borde superior del pubis, tal como lo recomienda el Dr. Good.

En virtud de que en la literatura consultada no encontré explica-

PELVICEFALOMETRÍA

ción satisfactoria de por qué se hace con esa angulación, hice algunas experiencias obteniendo radiografías del pubis en pelvis secas, con el rayo perpendicular a la mesa y con angulación de 33° .

La pelvis seca utilizada tenía un ángulo de 70° y la placa en la que el tubo se dirigió perpendicular el ángulo se distorsionó hasta 110° .

En la que se anguló a 33° el ángulo se distorsionó a 72° lo que es muy aproximado al real.

Por el dato anterior aceptamos la angulación de 33° como satisfactoria. Fig. No. 5-a y 5-b.

En cuanto a las mediciones de la cabeza fetal, se realizan en la forma ordinaria dando los diámetros fronto-occipital y bi-parietal y haciendo las mediciones correspondientes en ambas placas radiográficas frontal y lateral.

EXAMEN FETAL:

Antes de realizar cualquier pelvimetría debe de obtenerse una placa completa de todo el vientre con objeto de estudiar el feto y la cual proporciona datos sobre número de fetos, posición, presentación, anomalías fetales gruesas, etc., etc.

CONCLUSIONES:

Se ha presentado una comunicación en la que se hace una revisión de los métodos pelvimétricos de Snow, de Colcher-Susman y de Thoms.

Se han mencionado los inconvenientes y ventajas de los métodos. De los métodos enunciados el que se juzga más útil es el de Thoms.

El método de Thoms sirve en la actualidad como base para realizar las pelvimetrías mixtas que consiste en conocer además del método de Thoms las características del ángulo sub-púbico.

Se muestran los resultados de las tomas de placas radiográficas en pelvis secas con objeto de localizar la altura de las espinas ciáticas en relación con el pubis.

Se mencionan los resultados obtenidos al realizar radiografías de las pelvis secas en relación con el ángulo sub-púbico en proyecciones sin angular y angulando.



Fig. 5-a

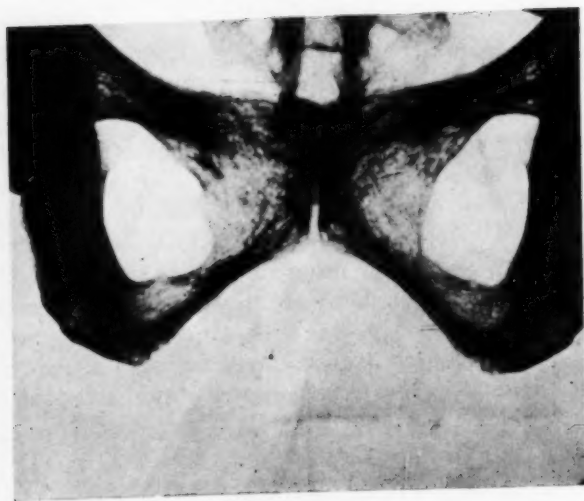


Fig. 5-b

PELVICEFALOMETRÍA

BIBLIOGRAFÍA

- FABRE, GILBERT y FOURNIER: Obstetricia. Paris, 1928.
- COLCHER, A. E. and SUSSMAN, W.: A practical technique for Roentgen Pelvimetry with a new positioning Amer. J. of Roentgenol. 51. 202-214.-1944.
- PILLMORE, G.U.: Clinical Radiology. F.A. Davis, Co. Philadelphia, 1946.
- SNOW WILLIAM: Clinical Roentgenology of Pregnancy. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1942.
- THOMS, HERBERT: A New Method of Roentgen Pelvimetry. Jour. AM. Med. Assn. 92-1515-1929.
- THOMS, HERBERT: A discussion of Roentgen Pelvimetry and the description of a Roentgen Pelvimeter. Amer. J. Roentgenol. 44: 9-16 (july), 1940.
- TORPIN, R. and HOLMES, D. P. and HAMILTON, W.F.: Roentgen Pelvimeter simplifying Thoms' Method. Radiology. 1938, 31. 584-586.
- TORPIN, RICHARD: Roentgen Pelvimetry in labor by the pelvic inlet grid method. Am. J. Roentgenol. 47: 717, 1942.

COMENTARIO AL TRABAJO REGLAMENTARIO DEL SR. DR. DIONISIO PEREZ COSIO, SOBRE REVISION DE ALGUNOS METODOS PELVIMETRICOS, EL METODO DE THOMS Y ACTUAL SITUACION DE LA PELVICEFALOMETRIA

Dr. Bernardo J. GASTELUM.

Hemos escuchado con verdadero interés, el estudio del Académico Dr. Dionisio Pérez Cosío sobre pelvicefalometría y las ideas que prevalecen actualmente sobre tema tan importante.

La resolución del problema no puede ser más trascendente, se trata nada menos, mediante determinados artificios, de establecer las relaciones entre los diámetros útiles de la pelvis ósea y los de la cabeza fetal, con el objeto de prever cómo deberá verificarse el parto. De



Fig. 5-a

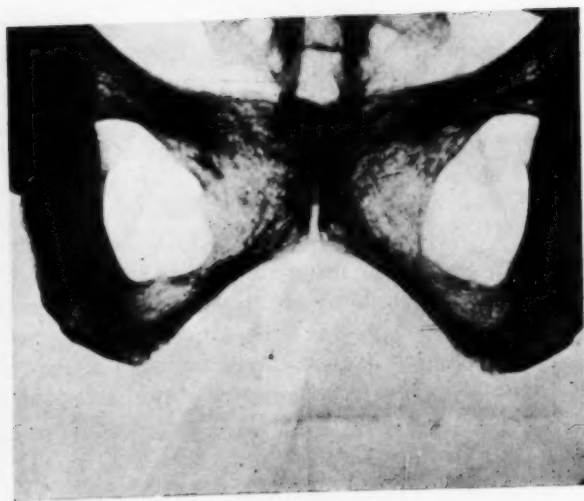


Fig. 5-b

PELVICEFALOMETRÍA

BIBLIOGRAFÍA

- FABRE, GILBERT y FOURNIER: Obstetricia. Paris, 1928.
- COLCHER, A. E. and SUSSMAN, W.: A practical technique for Roentgen Pelvimetry with a new positioning Amer. J. of Roentgenol. 51. 202-214.-1944.
- PILLMORE, G.U.: Clinical Radiology. F.A. Davis, Co. Philadelphia, 1946.
- SNOW WILLIAM: Clinical Roentgenology of Pregnancy. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1942.
- THOMS, HERBERT: A New Method of Roentgen Pelvimetry. Jour. AM. Med. Assn. 92-1515-1929.
- THOMS, HERBERT: A discussion of Roentgen Pelvimetry and the description of a Roentgen Pelvimeter. Amer. J. Roentgenol. 44: 9-16 (july), 1940.
- TORPIN, R. and HOLMES, D. P. and HAMILTON, W.F.: Roentgen Pelvimeter simplifying Thoms' Method. Radiology. 1938, 31. 584-586.
- TORPIN, RICHARD: Roentgen Pelvimetry in labor by the pelvic inlet grid method. Am. J. Roentgenol. 47: 717, 1942.

COMENTARIO AL TRABAJO REGLAMENTARIO DEL SR. DR. DIONISIO PEREZ COSIO, SOBRE REVISION DE ALGUNOS METODOS PELVIMETRICOS, EL METODO DE THOMS Y ACTUAL SITUACION DE LA PELVICEFALOMETRIA

Dr. Bernardo J. GASTELUM.

Hemos escuchado con verdadero interés, el estudio del Académico Dr. Dionisio Pérez Cosío sobre pelvicefalometría y las ideas que prevalecen actualmente sobre tema tan importante.

La resolución del problema no puede ser más trascendente, se trata nada menos, mediante determinados artificios, de establecer las relaciones entre los diámetros útiles de la pelvis ósea y los de la cabeza fetal, con el objeto de prever cómo deberá verificarse el parto. De

esta manera el Obstetra, se encontrará capacitado para conocer de antemano la marcha de tal proceso y poner en práctica los dispositivos convenientes para que se realice asegurando la vida del feto y la salud de la madre.

Casi desde el descubrimiento de los Rayos de Roentgen, surgió con Albert, la preocupación por este medio de diagnóstico y la contribución que ofrecía para el conocimiento de los diámetros de la pelvis y de los de la cabeza fetal. Anteriormente y no obstante la sagacidad de los clínicos con los deficientes medios de diagnóstico, los conceptos a que se llegaba quedaban dentro del terreno de lo especulativo. Pasaba entonces lo que aún sucede con la distocia provocada por las partes blandas de la pelvis, que quedan desapercibidas, a no ser que sean de aquellas que por su magnitud, se denuncian por si mismas. El tocólogo ordinariamente no practica ninguna investigación sobre el particular, lo que le preocupa es la pelvis ósea y la cabeza fetal, y de ello resulta que un embarazo que había evolucionado normalmente y del que se esperaba un parto feliz, éste no se verifica, se vuelve intempestivamente difícil, teniéndose que recurrir en más de una ocasión, a procedimientos desproporcionados a los antecedentes que se habían recogido de la enferma. Yo traté de éstas distocias provocadas por las partes blandas, en una Asamblea de Cirujanos verificada en esta Capital hace algunos años. Del canal perineo-vagino-cervical depende fundamentalmente el futuro del parto; canal que tiene que dilatarse alrededor de treinta y cuatro centímetros y que no tomamos en serio para referir a él el retardo de la marcha del trabajo del parto. Los Alemanes como los Americanos, tan dados a las estadísticas, calculan que de dos millones de niños que nacen en Alemania, de diez y seis a veinte mil mueren por dificultades de las partes blandas; el 65% de los niños que fallecen lo deben a esos obstáculos y el 20% a estrecheces pélvicas: Seitz.

Tenemos en el método de Thoms que tiene toda la simpatía del Dr. Pérez Cosío, un camino que nos conduce a descubrir las dificultades que puede presentar la pelvis ósea y la cabeza fetal; para las partes blandas, la senda continúa llena de nebulosidades.

El método de Thoms, utiliza la idea de Albert sobre la posición semi sentada que hay que dar a la enferma, para lograr las radiografías más correctas; ya desde 1937 decían Chester D. Moses y A. N. Bon-

PELVICEFALOMETRÍA

denbender de Buffalo; el Obstetra, que atienda a una primípara o multipara con antecedentes de distocia y que no emplee la pelvimetría radiográfica como trabajo rutinario, se encuentra en el mismo caso, que el médico que trata una fractura sin el concurso de la radiografía; éstos radiólogos usaban el método de Thoms, porque les daba los mejores datos gráficos y además de eficaz, es sencillo.

Esta pelvimetría permite obtener los diámetros del estrecho superior como los de la capacidad de la pelvis; por medio de dos exposiciones se combinan en una radiografía una imagen de la pelvis y otra de una escala graduada con puntos distantes un centímetro unos de otros; esto permite leer centímetros los diámetros directamente. El sistema de medir la pelvis del Dr. Thoms, nos dá como ya lo ha afirmado el Dr. Pérez Cosío, el mayor número de conocimientos sobre los diámetros de la pelvis y por lo mismo su asimetría o simetría, con excepción del ángulo subpúbico, deficiencia que se debe subsanar por el método de Colcher Susman o bien siguiendo el sistema que practica el autor del trabajo que comentamos. Su procedimiento, dice él, es semejante al descrito por el Dr. C. Allen Good de la Mayo Clinic. Toma tres radiografías, una para el estrecho superior, otra para el conocimiento de toda la pelvis, la última para determinar el ángulo subpúbico. No tendría objeto descender a detalles que ustedes acaban de escuchar correctamente expuestos, de la misma manera me parece innecesario subrayar, que los métodos de Snow y de Colcher Susman, como ya lo afirmó el Dr. Pérez Cosío, proporcionan menos informaciones que el de Thoms. En 1940 éste radiólogo, abordó las mediciones pélvicas en la placa lateral y también describió los tres planos conocidos, superior, medio e inferior, poniendo a la enferma en posición de pié.

Caldwell, Moloy, Swenson y colaboradores, que efectuaron el estudio radiológico de la forma de la pelvis que comparaban y relacionaban con ejemplares desecados, distinguieron cinco clases principales de pelvis, subdividiendo éstas en tipos mixtos. Una pelvis puede asumir los caracteres de dos o más clases. De estas clases según una investigación hecha por el Dr. Eugenio Toussaint Aragón en el Centro Materno Infantil Gral. Maximino Avila Camacho la clase ginecoide y la plati-peloide originaron más distocias. Usó el Colcher-Susman, con modificaciones personales.

Por lo que se refiere a la cefalometría radiológica, con el objeto

esta manera el Obstetra, se encontrará capacitado para conocer de antemano la marcha de tal proceso y poner en práctica los dispositivos convenientes para que se realice asegurando la vida del feto y la salud de la madre.

Casi desde el descubrimiento de los Rayos de Roentgen, surgió con Albert, la preocupación por este medio de diagnóstico y la contribución que ofrecía para el conocimiento de los diámetros de la pelvis y de los de la cabeza fetal. Anteriormente y no obstante la sagacidad de los clínicos con los deficientes medios de diagnóstico, los conceptos a que se llegaba quedaban dentro del terreno de lo especulativo. Pasaba entonces lo que aún sucede con la distocia provocada por las partes blandas de la pelvis, que quedan desapercibidas, a no ser que sean de aquellas que por su magnitud, se denuncian por si mismas. El tocólogo ordinariamente no practica ninguna investigación sobre el particular, lo que le preocupa es la pelvis ósea y la cabeza fetal, y de ello resulta que un embarazo que había evolucionado normalmente y del que se esperaba un parto feliz, éste no se verifica, se vuelve intempestivamente difícil, teniéndose que recurrir en más de una ocasión, a procedimientos desproporcionados a los antecedentes que se habían recogido de la enferma. Yo traté de éstas distocias provocadas por las partes blandas, en una Asamblea de Cirujanos verificada en esta Capital hace algunos años. Del canal perineo-vagino-cervical depende fundamentalmente el futuro del parto; canal que tiene que dilatarse alrededor de treinta y cuatro centímetros y que no tomamos en serio para referir a él el retardo de la marcha del trabajo del parto. Los Alemanes como los Americanos, tan dados a las estadísticas, calculan que de dos millones de niños que nacen en Alemania, de diez y seis a veinte mil mueren por dificultades de las partes blandas; el 65% de los niños que fallecen lo deben a esos obstáculos y el 20% a estrecheces pélvicas: Seitz.

Tenemos en el método de Thoms que tiene toda la simpatía del Dr. Pérez Cosío, un camino que nos conduce a descubrir las dificultades que puede presentar la pelvis ósea y la cabeza fetal; para las partes blandas, la senda continúa llena de nebulosidades.

El método de Thoms, utiliza la idea de Albert sobre la posición semi sentada que hay que dar a la enferma, para lograr las radiografías más correctas; ya desde 1937 decían Chester D. Moses y A. N. Bon-

PELVICEFALOMETRÍA

denbender de Buffalo; el Obstetra, que atienda a una primípara o multipara con antecedentes de distocia y que no emplee la pelvimetría radiográfica como trabajo rutinario, se encuentra en el mismo caso, que el médico que trata una fractura sin el concurso de la radiografía; éstos radiólogos usaban el método de Thoms, porque les daba los mejores datos gráficos y además de eficaz, es sencillo.

Esta pelvimetría permite obtener los diámetros del estrecho superior como los de la capacidad de la pelvis; por medio de dos exposiciones se combinan en una radiografía una imagen de la pelvis y otra de una escala graduada con puntos distantes un centímetro unos de otros; esto permite leer centímetros los diámetros directamente. El sistema de medir la pelvis del Dr. Thoms, nos dá como ya lo ha afirmado el Dr. Pérez Cosío, el mayor número de conocimientos sobre los diámetros de la pelvis y por lo mismo su asimetría o simetría, con excepción del ángulo subpúbico, deficiencia que se debe subsanar por el método de Colcher Susman o bien siguiendo el sistema que practica el autor del trabajo que comentamos. Su procedimiento, dice él, es semejante al descrito por el Dr. C. Allen Good de la Mayo Clinic. Toma tres radiografías, una para el estrecho superior, otra para el conocimiento de toda la pelvis, la última para determinar el ángulo subpúbico. No tendría objeto descender a detalles que ustedes acaban de escuchar correctamente expuestos, de la misma manera me parece innecesario subrayar, que los métodos de Snow y de Colcher Susman, como ya lo afirmó el Dr. Pérez Cosío, proporcionan menos informaciones que el de Thoms. En 1940 éste radiólogo, abordó las mediciones pélvicas en la placa lateral y también describió los tres planos conocidos, superior, medio e inferior, poniendo a la enferma en posición de pié.

Caldwell, Moloy, Swenson y colaboradores, que efectuaron el estudio radiológico de la forma de la pelvis que comparaban y relacionaban con ejemplares desecados, distinguieron cinco clases principales de pelvis, subdividiendo éstas en tipos mixtos. Una pelvis puede asumir los caracteres de dos o más clases. De estas clases según una investigación hecha por el Dr. Eugenio Toussaint Aragón en el Centro Materno Infantil Gral. Maximino Avila Camacho la clase ginecoide y la plati-peloide originaron más distocias. Usó el Colcher-Susman, con modificaciones personales.

Por lo que se refiere a la cefalometría radiológica, con el objeto

de obtener los diámetros fronto occipital y biparietal, efectuando las medidas en ambas placas frontal y lateral, hay que advertir que el procedimiento presenta más fallas que cuando se trata de la pelvis. Para evitarlas hasta donde sea posible, hay que hacer la medida de los diámetros hacia el fin del embarazo, cuando la cabeza está encajada y por lo tanto fija. En otras circunstancias es móvil y no se cuenta por ese motivo con ningún punto de referencia. El radiólogo que se vé obligado a actuar en tales circunstancias, sabe muy bien que los datos que obtenga no son correctos. La radiografía aplicada al conocimiento de los diámetros de la pelvis y de la cabeza fetal, es por ahora el medio de diagnóstico más seguro y avanzado que poseemos y el que cuenta con el menor número de errores. Mi enhorabuena entusiasta al Académico doctor Pérez Cosío, porque con sus aportaciones personales, presta un servicio eminente al Obstetra, proporcionándole los datos necesarios, para cuando la ocasión lo precise, intervenir en favor de la vida de la madre y de la salud del niño.

trastornos del hígado

cirrosis

INFILTRACION ADIPOSITA

INSUFICIENCIAS FUNCIONALES

HEPATITIS TOXICAS, INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

LABYCOL

Pco. de 30 caps.

En el Labycol se combinan dos factores lipotrópicos,
COLINA y METIONINA con un factor proteínico
VITAMINA B-12 y un factor antineurítico TIAMINA

es un producto
Labys

Reg. No. 35833 S. S. A.

4 amp. de 1 cm³.

ALBACORTIL

Reg. NUM. 33773 S. S. A.

FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

Para una ampollita.

ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

Laboratorios "ALBAMEX", S. A.

Querétaro 28.

MEXICO, D. F.

de obtener los diámetros fronto occipital y biparietal, efectuando las medidas en ambas placas frontal y lateral, hay que advertir que el procedimiento presenta más fallas que cuando se trata de la pelvis. Para evitarlas hasta donde sea posible, hay que hacer la medida de los diámetros hacia el fin del embarazo, cuando la cabeza está encajada y por lo tanto fija. En otras circunstancias es móvil y no se cuenta por ese motivo con ningún punto de referencia. El radiólogo que se vé obligado a actuar en tales circunstancias, sabe muy bien que los datos que obtenga no son correctos. La radiografía aplicada al conocimiento de los diámetros de la pelvis y de la cabeza fetal, es por ahora el medio de diagnóstico más seguro y avanzado que poseemos y el que cuenta con el menor número de errores. Mi enhorabuena entusiasta al Académico doctor Pérez Cosío, porque con sus aportaciones personales, presta un servicio eminente al Obstetra, proporcionándole los datos necesarios, para cuando la ocasión lo precise, intervenir en favor de la vida de la madre y de la salud del niño.

trastornos del hígado

cirrosis

INFILTRACION ADIPOSITA

INSUFICIENCIAS FUNCIONALES

HEPATITIS TOXICAS, INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

LABYCOL

Pco. de 30 caps.

En el Labycol se combinan dos factores lipotrópicos,
COLINA y METIONINA con un factor proteínico
VITAMINA B-12 y un factor antineurítico TIAMINA

es un producto
Labys

Reg. No. 35833 S. S. A.

4 amp. de 1 cm³.

ALBACORTIL

Reg. NUM. 33773 S. S. A.

FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

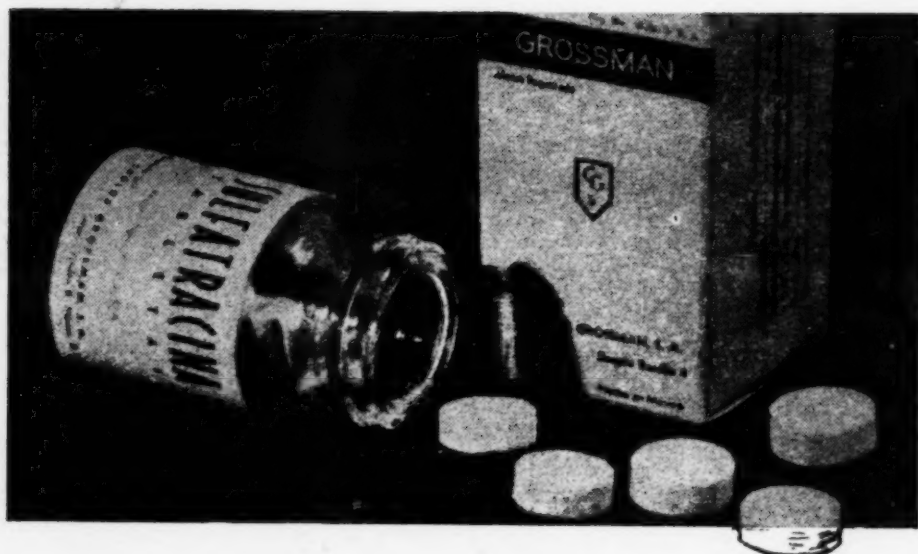
Para una ampollita.

ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

Laboratorios "ALBAMEX", S. A.

Querétaro 28.

MEXICO, D. F.



Sulfatracina

Reg. No. 36200 S. S. A.

*Antibióticos combinados
contra amibiasis y diarreas*

Se sugiere que el efecto benéfico de la Sulfatracina en la amibiasis puede deberse a su influencia en la relación parásito-bacteria en el colon.

La Sulfatracina no se inactiva con la acidez gástrica ni con los fermentos proteolíticos del tracto gastro intestinal. Es atóxica y no produce irritación intestinal ni descargas diarréicas.

FORMULA:

Bacitracina	1.000 U.
Sulfadimetilpirimidina	0.10 gr.
Sulfato de Dihidroestreptomicina (equivalente a 0.737 g. de estreptomicina base)	0.10 gr.
Excipiente y colorante c. b. p. .	0.350 gr.

PRESENTACION:

Frasco conteniendo 12 tabletas.

DOSIS:

Dos tabletas cada 6 horas

Elaborado por:

CARLOS GROSSMAN, S. A.

SADI CARNOT 86

MEXICO, D. F.

★
AL SERVICIO DE LA PROFESION MEDICA